

BPP.UKI :ES-031-KEPJIWA-PK-V-2019



BUKU PETUNJUK PRAKTIKUM KEPERAWATAN JIWA

Disusun oleh :

Ns.Erita, S.Kep.,M.Kep

Ns.Sri Hununwidiastuti,M.Kep.,Sp.Jiwa

Ns.Hasian Leniwita,S.Kep.,M.Kep

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
JAKARTA
2019**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan sehingga modul praktikum pembelajaran mata kuliah Keperawatan Jiwa Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia ini dapat selesai disusun.

Modul Praktikum Pembelajaran Keperawatan Jiwa ini merupakan alternatif bahan pengajaran praktikum atau rujukan bagi para dosen dalam upaya pembekalan kepada mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia yang merupakan aset dalam pelaksanaan pembelajaran praktikum keperawatan jiwa.

Kepada semua pihak khususnya kepada Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) yang telah memfasilitasi dalam penyediaan modul praktikum ini disampaikan penghargaan dan terimakasih. Mohon masukan dan saran yang membangun untuk perbaikan modul praktikum ini dimasa mendatang . Semoga bermanfaat.

Jakarta

TIM PENYUSUN

DAFTAR ISI

Halaman

Modul 1

Praktikum Asuhan Keperawatan Psikososial : Ansietas, Gangguan Citra Tubuh dan Kehilangan	1
1. Kegiatan Praktikum 1 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial : Ansietas.....	9
2. Kegiatan Praktikum 2 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Citra Tubuh	28
3. Kegiatan Praktikum 3 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kehilangan.....	40

MODUL 2

Praktikum Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah , Isolasi Sosial dan Halusinasi.....	62
1. Kegiatan Praktikum 1 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah.....	72
2. Kegiatan Praktikum 2 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial.....	81
3. Kegiatan Praktikum 3 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Halusinasi.....	90

MODUL 3

Praktikum Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa : Resiko Perilaku Kekerasan, Defisit Perawatan Diri Dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).....	110
1. Kegiatan Praktikum 1 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.....	119
2. Kegiatan Praktikum 2 : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri.....	127
3. Kegiatan Praktikum 3 : Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).....	134

MODUL 1

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOSOSIAL : ANSIETAS, GANGGUAN CITRA TUBUH DAN KEHILANGAN

Pendahuluan

Selamat untuk anda dan semoga sukses selalu menyertai anda. Anda telah mampu menyelesaikan seluruh materi pembelajaran teori mata kuliah asuhan keperawatan jiwa. Sekarang anda akan melakukan praktikum untuk materi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial. Agar modul praktik ini dapat anda pelajari dengan mudah, penulis membuat modul ini kedalam tiga kegiatan pembelajaran praktikum, yaitu :

Kegiatan 1 : Praktikum asuhan keperawata pada pasien dengan Ansietas.

Kegiatan 2 : Praktikum asuhan keperawatan pada pasien Gangguan Citra Tubuh.

Kegiatan 3 : Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan Kehilangan.

Tujuan akhir dari praktikum ini adalah bila anda di berikan kasus fiktif anda mampu mendemonstrasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial : ansietas, gangguan citra tubuh, kehilangan.

Secara khusus setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 diharapkan anda mampu mendemonstrasikan :

1. Pengkajian pada pasien ansietas
2. Membuat analisa data berdasarkan hasil pengkajian pasien ansietas
3. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien ansietas
4. Membuat pohon masalah pasien ansietas
5. Melakukan implementasi berdasarkan prioritas masalah pasien ansietas
6. Mendomonstrasikan tindakan keperawatan pasien ansietas
7. Melakukan evaluasi hasil implementasi yang telah dilakukan pada pasien ansietas
8. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah anda lakukan dengan prinsip SOAP
(Subyektif, Obyektif, Analisa, Planing)

Bila anda telah menyelesaikan kegiatan praktikum 2 maka akan diberikan kasus fiktik dan anda mampu mendemostrasikan :

1. Pengkajian pada pasien gangguan citra tubuh

1. Membuat analisa data berdasarkan hasil pengkajian pasien gangguan citra tubuh
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien gangguan citra tubuh
3. Membuat pohon masalah pasien gangguan citra tubuh
4. Melakukan implemmentasi berdasarkan prioritas masalah pasien gangguan citra tubuh
5. Mendemonstrasikan cara untuk meningkatkan penilaian diri yang positif pada pasien dengan gangguan citra tubuh
6. Melakukan evaluasi hasil implemtasi pasien gangguan citra tubuh
7. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah anda lakukan prinsip SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Planing)

Sedangkan cara khusus ketika anda sudah menyelesaikan kegiatan praktikum 3 apabila diberikan kasus fiktif anda mampu mendemonstrasikan :

1. Pengkajian pada pasien yang mengalami kehilangan
2. Membuat analisa data berdasarkan hasil pengkajian pasien yang mengalami kehilangan
3. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien yang mengalami kehilangan
4. Membuat pohon masalah pasien gangguan citra tubuh
5. Melakukan implemmentasi berdasarkan prioritas masalah pasien yang mengalami kehilangan
6. Mendemonstrasikan cara untuk meningkatkan penilayan diri yang positif pada pasien yang mengalami kehilangan
7. Melakukan evaluasi hasil implemtasi pasien yang mengalami kehilangan
8. Mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah anda lakukan dengan prinsip SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Planing)

Selain mampu mendemonstrasikan keterampilan diatas, setelah menyelesaikan modul praktikum ini anda diharapkan mampu membuat laporan pendahuluan (LP) dan membuat strategi pelaksanaan (SP) berdasar masalah utama (*core problem*) yang anda temukan pada kasus fiktif. Dua komponen ini perlu anda pahami karena sangat membantu anda untuk mempraktekkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial, ansietas, gangguan citra tubuh, dan kehilagan serta meningkatkan kemampuan anda untuk mempraktekkan komunikasi terapeutik.

Modul praktikum ini, dilengkapi dengan format pengkajian, format membuat LP, format membuat SP, format implementasi dan evaluasi,. Kelebihan modul ini dengan modul yang lain yaitu adanya latihan asuhan keperawatan dan latihan membuat Laporan Pendahuluan (LP) serta membuat Strategi Pelaksanaan (SP) yang terdiri dari fase orientasi, fase kejadian fase terminasi.

Agar kemampuan dan keterampilan anda meningkat, lakukanlah latihan dan kerjakanlah tugas yang ada sesuai petunjuk pada modul praktikum ini. Pada saat melakukan latihan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial, anda harus berpasangan dengan teman anda. Satu orang akan berperan sebagai perawat jiwa dan satu orang lainnya berperan sebagai pasien. Bila pada latihan pertama anda telah berperan sebagai perawat jiwa, maka pada latihan kedua anda akan berubah peran menjadi pasien dan teman anda akan berperan sebagai perawat jiwa, setelah selesai berikanlah masukan kepada teman anda yang berperan sebagai perawat, sehingga kemampuan teman anda semakin baik. Lakukanlah kegiatan tersebut sesering mungkin. Dengan latihan yang sering maka kemampuan anda dalam melakukan asuhan keperawatan akan semakin baik dan menjadi modal yang sangat penting untuk anda melakukan praktik klinik nanti. Saya percaya dan yakin anda mampu memahami modul praktikum ini dengan baik asalkan anda dengan sungguh-sungguh dalam mempelajarinya. Selamat melakukan praktikum semoga sukses selalu dalam genggaman anda.

I. Materi Pokok Praktikum

Pokok-pokok materi kegiatan praktikum 1 untuk setiap program belajar terdiri dari :

1. Membuat LP dan SP sesuai kasus fiktif
2. Contoh LP dan SP
3. Praktikum pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan dokumen keperawatan
4. Contoh-contoh SP
5. Contoh dokumentasi asuhan keperawatan
6. Latihan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga dokumentasi

II. Aktivitas / Tugas Mahasiswa

1. Sebelum anda memulai mempelajari modul praktikum ini sebaiknya anda telah menyelesaikan dan memahami kegiatan pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien ansietas dengan baik. Banyaklah berdiskusi dengan teman anda, jika dalam diskusi dengan teman, anda masih belum memahami dengan baik mintalah bantuan pembimbing untuk menjelaskan kembali, sehingga pemahaman anda menjadi semakin baik.
2. Membuat laporan pendahuluan, pahami dengan baik cara membuat laporan pendahuluan sesuai dengan petunjuk yang ada.
3. Lakukanlah pengkajian pada pasien dengan ansietas sesuai kasus fiktif yang ada atau buatlah kasus fiktif yang sering anda temui pada saat anda melaksanakan praktek klinik mata kuliah lain seperti Keperawatan Medikal Bedah, atau praktek di Puskesmas.
4. Buatlah analisa data dan rumuskan masalah keperawatan sesuai dengan kasus yang ada.
5. Langkah berikutnya adalah buatlah pohon masalah berdasarkan analisa data yang telah ada tetapkanlah dan tegakanlah diagnosa keperawatan utama pada kasus yang ada.
6. Berlatihlah membuat strategi pelaksanaan sesuai dengan kasus yang anda temui di modul praktikum ini dan latihlah kemampuan anda dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan yang anda buat.
7. Lakukanlah latihan pemberian asuhan keperawatan dengan teman sesering mungkin dimulai dari pengkajian, implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan yang telah anda lakukan.
8. Latihanlah bersama teman cara memberikan pendidikan kesehatan pada pasien ansietas dan teknik untuk mengurangi pasien ansietas, teknik napas dalam, dan teknik distraksi.
9. Anda dapat menemui pembimbing untuk mendapatkan bimbingan dan masukan. Jika anda telah merasa mampu untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien ansietas mintalah pembimbing anda untuk melakukan penilaian.

III. Prasyarat Instruktur/ Pembimbing Praktikum

1. Jumlah setiap kelompok dibimbing oleh satu orang pembimbing. Jumlah anggota kelompok maksimal 6 – 10 orang.
2. Pembimbing adalah dosen pengampu mata kuliah keperawatan jiwa.
3. Kualifikasi pembimbing

- a. Berpendidikan minimal Sarjana Keperawatan Ners
- b. Berstatus sebagai dosen atau instruktur klinik
- c. Memiliki sertifikat dosen atau instruktur klinik
- d. Memiliki pengetahuan yang lebih dan luas tentang keperawatan jiwa

IV. Teknis Pelaksanaan Bimbingan

1. Tugas pembimbing

- a. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan yang dihadapi dalam mempelajari modul praktikum.
- b. Membantu mahasiswa dalam mengatasi kesulitan mahasiswa dalam menyelesaikan tugas-tugas.
- c. Melakukan *pre conference* kesiapan mahasiswa dalam mengikuti praktikum.
- d. Ajukan beberapa pertanyaan terhadap laporan pendahuluan yang telah mahasiswa buat, untuk menilai sejauh mana mahasiswa memahami kasus tersebut.
- e. Mintalah mahasiswa untuk menjelaskan strategi pelaksanaan yang akan mereka lakukan terhadap pasien dengan masalah psikososial.
- f. Mendemonstrasikan pemberian asuhan keperawatan pada pasien ansietas, mulai dari pengkajian, analisa data, cara merumuskan masalah, cara membuat pohon masalah, cara menentukan *core problem* dan prioritas diagnosa keperawatan.
- g. Berdiskusi tentang masalah-masalah yang belum dipahami oleh mahasiswa.

2. Teknis Bimbingan

- a. Bagilah jumlah mahasiswa kedalam beberapa kelompok besar
- b. Setiap kelompok terdiri dari 6 – 10 orang mahasiswa
- c. Bagilah mahasiswa dalam kelompok-kelompok kecil dan buatlah berpasangan. Sehingga dalam kelompok besar ada 3 - 5 kelompok kecil
- d. Mintalah mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus fiktif yang ada pada modul ini. Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa, buatlah beberapa kasus fiktif yang lain sesuai dengan kasus yang anda sering temui dilahan praktik. Contoh membuat kasus dapat anda pelajari dari contoh kasus modul ini.
- e. Selanjutnya mintalah mahasiswa untuk membuat strategi pelaksanaan sesuai dengan kasus yang ada

- f. Periksalah setiap LP dan SP yang telah dibuat mahasiswa
- g. Mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan diawal praktikum. Langkah pertama tetapkanlah mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien
- h. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial : ansietas, gangguan citra tubuh, dan kehilangan sesuai dengan SP yang telah dibuat mahasiswa
- i. Mintalah mahasiswa untuk berlatih menerapkan strategi pelaksanaan dan nilai lah kemampuan mereka. Sebelum anda memberikan penilain mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan memberikan asuhan keperawatan. Untuk menilai obyektfitas penilaian mintalah penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa
- j. Selanjutnya mintalah mahasiswa anda untuk bertukar peran yang pada awalnya berperan sebagai perawat jiwa sekarang berperan sebagai pasien dan yang berperan sebagai pasien sekarang berperan sebagai perawat jiwa
- k. Lakukanlah semuanya ini untuk seluruh kelompok anda hingga seluruh materi praktikum selesai
- l. Buatlah penilaian atau evaluasi terhadap kemampuan mahasiswa sesuai dengan format yang ada pada kegiatan praktikum ini

V. Tempat praktikum

Praktikum ini tidak memerlukan ruangan khusus ,ruangan praktikum dapat mempergunakan ruangan yang ada asalkan ruangan tersebut tidak berisik dan tidak banyak orang yang berlalu-lalang sehingga tidak mengganggu jalannya praktikum.

VI. Alokasi waktu praktikum

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan praktikum ini adalah 6×170 menit. Berikut ini adalah rincian alokasi waktu praktikum asuhan keperawatan ansietas pada setiap satu kasus

No	Kegiatan Praktikum/Aktivitas	Durasi
1	Membuat laporan pedahuluan	10 menit

2	Membuat strategi pelaksanaan	10 menit
3	Membuat asuhan keperawatan	30 menit
4	Melakukan <i>pre confrence</i> dan pembimbing mendemonstrasikan cara melakukan asuhan keperawatan	15 menit
5	Mahasiswa mendemonstrasikan kembali cara melakukan asuhan keperawatan dengan berpasangan	95 menit
6	Malakukan <i>post confrence</i> , evaluasi dan memberikan umpan balik serta penilaian	10 menit
	Total	170 menit

VII. Penilaian

Berikut ini adalah petunjuk penilaian praktikum. Pembimbing anda akan memberikan penilaian sesuai dengan bobot dibawah ini.

Bobot penilaian :

No	Unsur yang dinilai	Proporsi (%)
1	Kehadiran	10
2	Laporan pendahuluan	10
3	Strategi pelaksanaan	10
4	Praktikum	60
5	Laporan praktikum	10
	Total	100

VIII. Tata tertib praktikum

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum

1. Untuk mahasiswa

- Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
- Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *name tag*
- Diwajibkan menggunakan sepatu, bila pembimbing anda menginginkan melepaskan sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka anda wajib mematuhihnya

- d. Pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
 - e. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
 - f. Semua kelengkapan untuk praktikum harus anda siapkan seperti format LP, format SP, dan format usahan keperawatan serta lembar evaluasi
 - g. Selama kegiatan praktikum berlangsung anda diberi kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung
2. Untuk pembimbing
- a. Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
 - b. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *ID card* ,pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
 - c. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata kuliah
 - d. Selama kegiatan praktikum berlangsung anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum

IX. Laporan Praktikum

Laporan praktikum dikumpulkan segera setelah anda selesai melakukan praktikum.

Berikut ini adalah syarat yang harus anda penuhi ketika pengumpulan laporan praktikum

- 1. Laporan praktikum terdiri dari LP, SP, dan laporan asuhan keperawatan (pengkajian, perencanaan, implementasi, intervensi, evaluasi dan dokumen) harus ditulis tangan tidak boleh diketik menggunakan kertas *double folio* bergaris
- 2. Tulisan harus mudah dibaca oleh tutor/pembimbing gunakan tinta warna hitam untuk menulis laporan hasil praktikum
- 3. Seluruh laporan dijadikan satu dengan menggunakan map berpenjepit (*snellhekker*) warna hijau dan didepan map ditulis nama dan nomor induk mahasiswa .

KEGIATAN PRAKTIKUM 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL : ANSIETAS

Selamat berjumpa dengan modul praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah ansietas. Saya percaya dan yakin anda dapat modul praktikum ini dengan baik, karena anda telah mampu menyelesaikan modul pembelajaran pada pasien ansietas dengan baik. Kemampuan tersebut sangat membantu anda menyelesaikan modul traktikum ini. Modul praktikum ini dirancang agar anda mampu melakukan praktikum dengan baik sehingga tujuan pembelajaran tercapai.

A. Landasan teori asuhan keperawatan pada pasien ansietas

Definisi kecemasan menurut Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan kecemasan memiliki nilai yang positif, kerana dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang.

Coba anda diskusikan dengan teman anda tanda dan gejala dari ansietas

1. Tandan dan gejala

Respons fisik :

- a. Sering menarik napas panjang dan bernapas pendek
- b. Nadi dan tekanan darah naik
- c. Mulut kering
- d. Anoreaksis
- e. Gelisah
- f. Berkeringat
- g. Tremor
- h. Sakit kepala
- i. Sulit tidur

Respon kognitif :

- a. Lapang persepsi menyempit
- b. Tidak mampu menerima informasi dari luar
- c. Berfokus terhadap apa yang menjadi perhatiannya

Respon perilaku dan emosi

- a. Gerakan meremas tangan
- b. Bicara berlebihan
- c. Perasaan tidak nyaman dan menangis

Demonstrasikanlah dan kerjakanlah bersama dengan teman anda kasus fiktif 1. Kemudian lakukanlah dan kerjakanlah langkah-langkah praktikum berikut ini. Bermainlah peran untuk dapat mempraktekkan kasus fiktif ini dengan teman anda. Tentu anda sudah memahami bagaimana aturan bermain peran, jika belum baca kembali aktifitas mahasiswa seperti yang ada di halaman sebelum ini selamat bermain peran sukses selalu untuk anda

Latihan 1 (*vignette*, tugas dan keterampilan yang diharapkan)

Ny Y post operasi histerektomi tgl 10 April 2017. Tanggal 25 April 2017 Ny Y kontrol ke poliklinik RS no medical record. 13.095478. Hasil pengkajian didapatkan data : Ny Y mengatakan bahwa setelah operasi takut suaminya kawin lagi. Sejak setelah operasi selesai pasien mengeluh jantung bedebur-debur, susah tidur, mulut kering, gelisah, tangan berkeringat dingin, fokus perhatian hanya pada bagaimana mampu berperan sebagai seorang istri yang baik. Pasien tidak mampu menerima banyak informasi dari orang lain dan tidak mampu mengambil yang baik dan lebih banyak bergantung pada suami dalam mengambil keputusan.

Hasil observasi : ekspresi wajah tegang, rentang perhatian menyempit, hasil perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering napas pendek, sering kaget, perhatian menurun, sering meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat

Petunjuk Latihan

1. Buatlah LP kasus diatas
2. Buatlah SP untuk kasus diatas
3. Lakukanlah pengkajian untuk masalah psikososial sesuai dengan format yang ada
4. Lakukanlah analisa data dan masalah keperawatan
5. Buatlah pohon masalah
6. Tetapkanlah tindakan keperawatan
7. Lakukanlah evaluasi keperawatan

8. Lakukan dokumentasi keperawatan
9. Lakukanlah latihan strategi pelaksanaan sesuai kasus diatas yang sering anda temui di klinik

Petunjuk evaluasi latihan

1. Buatlah laporan pendahuluan

Langkah pertama sebelum anda melakukan praktikum, anda harus membuat laporan pendahuluan sesuai kasus fiktif diatas, seperti format dibawah ini

Petunjuk membuat laporan pendahuluan

- a. Tuliskan keluhan utama pasien
- b. Lengkapi dan buat proses terjadinya masalah yang terjadi dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari kasus tersebut.

Bila anda mendapatkan kesulitan dalam membuat laporan pendahuluan, pelajailah kembali modul asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas.

Contoh Laporan Pendahuluan

Keluhan Utama

DS : pasien mengatakan khawatir setelah operasi. Mengeluh jantung berdebar-debar. susah tidur

DO : Ekspresi wajah tagang, rentang perhatian menyempit, hasil berubah-ubah tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering napas pendek, sering kaget, perhatian menurun, sering meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat. Mulut kering, gelisah, tangan berkeringan dingin, fokus perhatian hanya pada setelah operasi, rangsangan luar tidak mampu diterima, dan lapang persepsi menyempit.

Proses terjadinya masalah

Menurut Stuart dan Laraia (2013) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas, diantaranya :

a. Faktor Biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana dengan halnya endorfin. Pasien post katarak dan jantung berbeda-beda

b. Faktor Psikologis

- 1) Pandangan psikoanalitik ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id-superego. Id mewakili insting dan implus primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertengangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan bahwa akan budaya.
- 2) Pandangan interpersonal. Ansietas timbul dari rasa takut terhadap menerima dan menolak interpersonal. Post operasi katarak, trauma operasi, takut akan perpisahan dan kehilangan dari lingkungan semua orang yang berarti bagi pasien.
- c. Pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan
- d. Sosial budaya, ansietas merupakan hal yang biasa ditemukan dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas
- e. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ansietas dibedakan menjadi dua yaitu :

- 1) Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidak mampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari seperti post operasi katarak
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap diri individu , harga diri, dan fungsi sosial individu

2. Pengkajian

Lakukan pengkajian dengan menggunakan kasus fiktif diatas. Perlu saya ingatkan bahwa satu teman anda berperan sebagai perawat dan satu orang berperan sebagai pasien. Format pengkajian terlampir.

3. Analisa data

Langkah selanjutnya setelah data terkumpul adalah melakukan analisa data dan merumuskan masalah. Ingat kembali bagaimana cara anda melakukan dan menetapkan analisa data dan merumuskan masalah . Berikut ini adalah contoh analisa data dan rumusan masalah berdasarkan kasus fiktif 1.

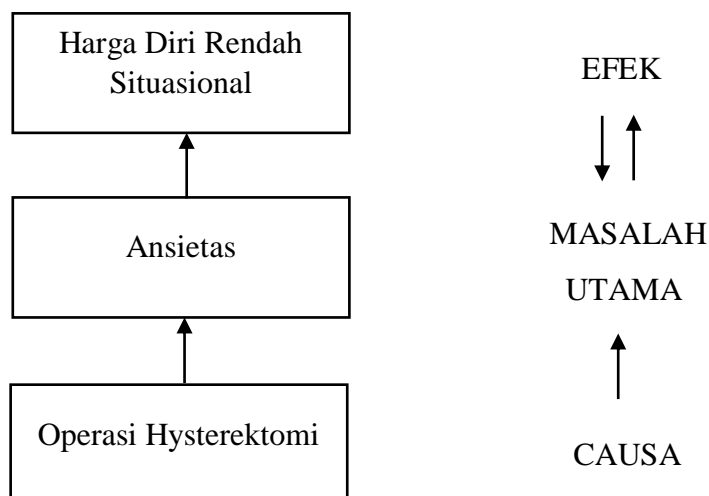
Contoh analisa data dan masalah keperawatan

NO	Data	Masalah
1	<p>Subyektif : Pasien mengatakan khawatir tidak dapat berperan sebagai seorang istri yang baik. Mengeluh jantung bedebaredebar, susah tidur, mulut kering, gelisah, tangan berkeringat dingin, fokus perhatian menyempit, tidak mampu memfokuskan pikiran.</p> <p>Obyektif : ekspresi wajah tagang, rentang perhatian menyempit, hasil perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering napas pendek, sering kaget, perhatian menurun, sering meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat.</p>	Ansietas

4. Membuat Pohon Masalah

Setelah anda selesai mengelompokkan data dan menentukan masalah. Langkah beriku adalah membuat pohon masalah. Untuk dapat membuat pohon masalah kemudian tentukan masalah utama pada kasus anda dan tegakanlah masalah keperawatan kemudian lengkapi data yang harus dikaji pada kasus tersebut. Untuk meningkatkan kemampuan anda dalam menegakan masalah diagnosa keperawatan, mari kita putar kembali ingatan kita kembali tentang membuat pohon masalah dengan memperhatikan kembali contoh dibawah ini.

Pohon Masalah



5. Menegakkan Diagnosa Keperawatan

Setelah anda dapat membuat pohon masalah. Tegakkanlah diagnosa keperawatan.

Berikut ini adalah langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan.

- a. Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat yang mengganggu kehidupan pasien
- b. Tentukan penyebab masalah utama
- c. Menentukan akibat dari masalah utama
- d. Buatlah daftar masalah yang lain

6. **Tindakan Keperawatan Generalis Pada Pasien**

Langkah selanjutnya setelah anda mampu menegakkan masalah utama pasien anda harus menuliskan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien, anda dapat belajar kembali kegiatan asuhan keperawatan pada pasien ansietas. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan format yang ada pada lampiran modul ini.

a. Tujuan :

1. Pasien mampu mengenal ansietas
2. Pasien mampu mengatasi masalah ansietas melalui teknik relaksasi dan distraksi
3. Pasien mampu memperagakan dan menggunakan teknik terlaksasi untuk mengatasi ansietas

b. Tindakan keperawatan

1. Mendiskusikan ansietas : penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, serta akibat yang ditimbulkan karena ansietas
2. Melatih relaksasi fisik, mengendalikan pikiran dan emosi

c. Strategi pelaksanaan pertemuan 1 pengkajian ansietas dan latihan relaksasi :

1. Bina hubungan saling percaya
 - a. Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai
 - b. Menjelaskan tujuan interaksi : melatih mengendalikan ansietas agar proses penyembuhan lebih cepat
2. Membuat kontrak (*infrom consent*) dua kali pertemuan latihlah pengendalian ansietas

3. Bantu pasien mengenal ansietas :
 - a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
 - b. Bantu pasien mengenal penyebab ansietas
 - c. Bantu klien menyadari perilaku ansietas
4. Latih teknik relaksasi
 - a. Tarik napas dalam
 - b. Distraksi
5. Pertahankan rasa percaya pasien
 - a. Mengucapkan salam dan memberi motivasi
 - b. Asesmen ulang ansietas dan kemampuan melakukan teknik relaksasi
 - c. Membuat kontrak ulang : latih mengendalikan ansietas

Berikut ini adalah contoh latihan tindakan keperawatan pada pasien ansietas menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien ansietas

Untuk meningkatkan keterampilan anda dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien ansietas, lakukanlah strategi pelaksanaan dibawah ini dengan teman anda. Saat ini anda berperan sebagai seorang perawat jiwa dan teman anda berperan sebagai pasien dengan ansietas. Jika anda sudah mampu melakukan peran tersebut, maka bertukarlah peran dengan teman anda.

Pertemuan 1

Kondisi pasien

DS : Khawatir tidak dapat berperan sebagai seorang istri yang baik. Mengeluh jantung bedebaredebar, susah tidur.

DO : Wajah tegang, rentang perhatian menyempit, hasil perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering napas pendek, sering kaget, perhatian menurun, sering meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat. mulut kering, gelisah, tangan berkeringat dingin, fokus perhatian menyempit, fokus hanya pada setelah operasi, rangsang luar tidak mampu diterima, lapangan persepsi menyempit.

Diagnosa Keperawatan : Ansietas

Tujuan keperawatan : setelah diajarkan teknik tarik napas dalam, ansietas pasien menurun

Pertemuan 1

Fase orientasi :

“Selamat pagi Bu!” saya perawat Marlina, saya senang dipanggil perawat Lina, saya perawat diruangan ini yang akan memeriksa ibu. “siapa nama ibu?” ibu senang dipanggil siapa?”coba ibu ceritakan apa yang ibu alami ,saya akan mendengarkan dengan baik ” Oh jadi itu yang ibu rasakan, sekarang saya akan memeriksa ibu dulu ya, oh ya tekanan darah ibu cukup tinggi 145/90 mmHg dan nadi ibu 90x/menit. Ibu juga terlihat tegang, sering menarik napas panjang, mudah kaget ya ibu, ibu juga sering meremas-meremas tangan. Hasil evaluasi terlihat ibu sangat mendominasi percakapan dengan suara agak keras dan cepat. Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah saya lakukan ibu mengalami kecemasan atau ansietas”nah sekarang bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluhan ibu? Dimana kita akan bercakap-cakap?” “bagaimana kalau disini saja?” “berapa lama kita akan bercakap-cakap bu? Bagaimana kalau 20 menit?” kita akan bercakap-cakap tentang kecemasan yang ibu alami setelah operasi . “tujuannya agar ibu lebih tenang dan dapat melakukan cara untuk mengurangi kecemasan ”.

Fase kerja

Apa yang biasa ibu lakukan ketika merasa cemas ? bagus sekali ibu berdoa, apakah dengan berdoa ibu menjadi lebih tenang? Oh bagus ibu bisa lakukan itu, setiap kali ibu mengalami cemas. Selain berdoa ada beberapa cara lagi untuk mengatasi cemas yaitu cara fisik, sosial serta psikologis. Saat ini saya akan mengajarkan ibu secara fisik yaitu tarik napas dalam. Begini caranya bu saya akan peragakan ? Tarik napas dalam melalui hidung lalu tahan tiga hitungan dan buang perlahan –lahan dari mulut. Seperti yang saya lakukan , sekarang coba ibu lakukan. Bagus sekali ibu. Ibu dapat melakukannya dengan baik, ibu dapat melakukannya tiga sampai lima kali sehari bila cemas muncul.

Fase terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap, lebih tenang bagus bu coba sekarang ibu jelaskan kembali pada saya tanda-tanda jika ibu cemas, apa yang dilakukan ketika cemas? Bagus ibu sudah paham. Karena kita sudah 20 menit bercakap-cakap, saya harus ke pasien lain ya ibu selamat siang”.

Kontrak yang akan datang

Minggu depan ibu harus kontrol ke poliklinik lagi ya bu? Pada saat pertemuan nanti, kita kan belajar latihan yang ke 2 yakni relaksasi otot progressif dengan cara mengendurkan dan mengencangkan seluruh otot-otot agar tetap relaks dan nyaman. Bagaimana kita bertemu pada saat di poliklinik, di buka pukul 08.00 sampai pukul 14.00, diruangan ini? Jangan lupa untuk latihan tarik napas dalam ya bu dan untuk mengingatkan ibu untuk latihan akan saya buat jadwal pada kertas . Baik ibu saya harus merawat pasien yang lain selamat siang.

Buatlah Strategi Pelaksanaan

Tindakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ansietas Pertemuan ke 2

Fase orientasi

“Selamat pagi bu!” masih ingat dengan saya ? Coba ibu ceritakan apa yang ibu alami sejak kita bertemu satu minggu yang lalu? Sudah ibu praktekkan apa yang kita pelajari? Bagus sekali bu? Dengan teknik tersebut ansietas ibu berkurang? Oh ternyata benar ya bu dengan tehnik tarik napas dalam cemas ibu berkurang? Sekarang apa yang ibu rasakan? Baik saya akan periksa ibu dulu, tekanan darah ibu cukup bagus 120/70 mmHg dan nadi ibu 78x/menit. Ibu juga terlihat rileks. Ibu mampu menjadi pendengar yang baik” nah sekarang bagaimana kalau kita bercakap-cakap latihan yang ke 2 yaitu teknik distraksi lima jari ya bu: dimana kita akan bercakap-cakap?” “bagaimana kalau disini saja?” “berapa lama kita akan bercakap-cakap bu? Bagaimana kalau 20 menit?”. “tujuannya agar ibu lebih tenang dan dapat melakukan cara untuk mengurangi kecemasan ibu”.

Fase kerja

Sekarang silahkan ibu duduk dengan rileks dan santai ,sekarang tarik napas perlahan-lahan dari hidung dan keluarkan dari mulut pelan-pelan , lalu tarik napas beberapa kali dengan pelan-pelan ya bu sekarang coba ibu ketukan jari dengan kelingking dan bayangkan ibu dalam keadaan sehat ya bu kemudian kedua ibu jari dengan jari manis bayangkan ibu berada ditengah-tengah orang yang ibu sayangi dan cintai lanjutkan bu bayangkan ketika ibu berada disuasana atau tempat yang sangat nyaman ditengah orang-orang yang sangat ibu cintai dan terakhir ibu mendapat pujian dari orang yang sangat ibu sayangi. Bayangkan terus sampai ibu merasa nyaman dan bagus sekali ibu apakah menjadi lebih nyaman dan lebih tenang? Oh bagus ibu bisa melakukannya setiap ibu mengalami cemas sudah ada beberapa tindakan untuk mengurangi cemas ya bu yaitu cara spiritual dengan berdoa, cara fisik dengan tarik napas dalam dan psikologis dengan distraksi . Ibu dapat melakukannya dengan baik, ini dapat dilakukan tiga sampai lima kali sehari bila cemas muncul.

Fase terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap, lebih tenang ,bagus ibu coba sekarang jelaskan kembali tanda-tanda jika ibu mengalami cemas, apa yang dapat dilakukan ketika cemas” bagus ibu sudah paham. Karena kita sudah 20 menit bercakap-cakap saya harus ke pasien lain , selamat siang”.

Kontrak yang akan datang

Satu minggu lagi ibu harus kontrol ke poliklinik ? Pada saat kontrol yang akan datang , kita akan belajar latihan yang ke 2 yakni relaksasi otot progressif dengan cara mengedurkan dan mengencangkan seluruh otot-otot agar ibu tetap relaks dan nyaman. Bagaimana kalau kita bertemu di poliklinik di buka pukul 08.00 s.d. 14.00, diruangan ini? Jangan lupa untuk latihan tarik napas dalam ya bu dan untuk mengingatkan latihannya akan saya buat jadwal nya ya bu. Baik ibu saya harus merawat pasien yang lain selamat siang.

Strategi pelaksanaan pertemuan ke 3 pasien :

Evaluasi ansietas, manfaat teknik relaksasi dan latihan hipnotis diri sendiri

Pertemuan ke 3. Latihan hipnotis diri sendiri (lima jari) dan kegiatan

Fase Orientasi :

Selamat pagi pak, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah pikiran rasa takut saat akan menjalani operasi masih muncul? Apakah bapak sudah melakukan tarik napas dalamnya sudah dianjurkan lakukan? Membaca buku, ngobrol, mengajinya sudah dilakukan? Bagaimana hasilnya? Baiklah pak, sesuai dengan janji kita kemarin siang ini saya akan mengajarkan teknik lima jari. Cara ini juga dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasan bapak. Berapa lama kita diskusi ? Tempatnya dimana ?

Fase Kerja

Kita mulai ya pak, seperti namanya, maka latihan ini menggunakan lima jari ya pak. Ada empat ingatan yang menyenangkan yang akan bapak bayangkan saat bapak menyatukan ibu jari dan jari telunjuk, ibu jari dan jari tengah, ibu jari dengan jari manis, terakhir ibu jari dengan jari kelingking (perawat memperagakan cara menyatukan ibu jari). Ketika melakukan latihan ini bapak diminta untuk memejamkan mata dan tarik napas dalam seperti yang telah kita pelajari. Kita mulai sekarang ya pak..... tarik napas dalam , tarik napas dari hidung yang dalam dan keluarkan dari hidung perlahan-lahan dengan rileks lakukan tiga kali sehari ya pak ,sekarang satukan ibu jari dan telunjuk, bayangkan saat-saat bapak bersama keluarga , bersama anak-anak, istri, orang tua dan keluarga besar, bayangkan ya pak saat ini bersama mereka saat ada tawa dan canda dengan penuh keakraban, tawa dan ceria. Sekarang satukan ibu jari dengan jari tengah bapak ketika bapak mendapatkan pujian dari keluarga karena bapak bisa mempersatukan keluarga besar dalam suasana yang sangat menyenangkan bapak mendapatkan pujian atas prestasi yang bapak raihrileks ya pak..... bagus ... kemudian satukan ibu jari dengan jari manis bapak bayangkan saat bapak sedang melakukan aktivitas yang bapak sukai bersama keluarga besar seperti bermain sepak bola,.... bagus sekali pak.... nah terakhir satukan ibu jari bapak dengan kelingking, bayangkan saat

bapak berada ditempat yang bapak sukai..... bayangkan situasi disekelilingnya yang menyegarkan, indah pemandangan sekitar....., selesai sekarang silahkan buka mata bapak..... bagaimana perasaan bapak? Pak, selain tiga kegiatan yang sudah kita diskusikan, ada kegiatan yang juga bisa membuat bapak tenang yaitu melalui kegiatan spiritual...bapak biasa melakukan aktivitas seperti sholat dan berdoa (jika pasien beragama Islam) saat bapak berdoa bapak meminta kekuatan dari Allah semoga bapak bisa mengatasi perasaan khawatir bapak, bapak bisa diberikan ketenangan.

Terminasi

Bagaimana perasaan bapak setelah kita diskusi? Coba bapak sebutkan dua cara yang bisa bapak lakukan untuk mengatasi kekhawatiran bapak..... bagus , setelah ini bapak bisa melakukan latihan lima jari ini, berapa kali dalam sehari akan bapak latih? Bagaimana kalau lima kali? Jam berapa saja bapak latihan? Nah, jangan lupa setiap bapak berdoa setelah sholat bapak meminta kekuatan dari Allah agar bapak diberikan kekuatan untuk mengatasi kecemasan yang bapak alami. Bagaimana jika besok kita diskusi lagi untuk melihat hasil dari latihan bapak untuk mengatasi perasaan cemas . Bagaiman jika pukul 10.00 wib? Baik pak, saya pamit..... selamat siang

Intervensi generalis pada keluarga

1. Tujuan :
 - a. Keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota keluarganya
 - b. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas
 - c. Keluarga mampu mem *follow-up* anggota keluarga yang mengalami ansietas
2. Tindakan keperawatan pada keluarga
 - a. Mendiskusikan kondisi pasien: ansietas, penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, akibat.
 - b. Melatih keluarga merawat ansietas pasien
 - c. Melatih keluarga melakukan *follow up*

Pertemuan satu keluarga: penjelasan kondisi pasien dan cara merawat:

1. Bina hubungan saling percaya
 - a. Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri

- b. Menjelaskan tujuan interaksi: menjelaskan ansietas pasien dan cara merawat agar proses penyembuhan lebih cepat
2. Membuat kontrak (*inform consent*) dua kali pertemuan latihan cara merawat ansietas pasien
 - a. Bantu keluarga mengenal ansietas:
 - b. Menjelaskan ansietas, penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, serta akibatnya
 - c. Menjelaskan cara merawat ansietas pasien: tidak menambah masalah (stress) dengan sikap positif, memotivasi cara relaksasi yang telah dilatih perawat pada pasien
 - d. Sertakan keluarga saat melatih teknik relaksasi pada pasien dan minta untuk memotivasi pasien melakukannya

Strategi pelaksanaan pertemuan 1 keluarga: penjelasan kondisi pasien dan cara merawat:

1. Bina hubungan saling percaya
 - a. Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri
 - b. Menjelaskan tujuan interaksi: menjelaskan ansietas pasien dan cara merawat agar proses penyembuhan lebih cepat
2. Membuat kontrak (*inform consent*) dua kali pertemuan latihan cara merawat ansietas pasien
 - 1) Bantu keluarga mengenal ansietas:
 - a. Menjelaskan ansietas, penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, serta akibatnya
 - b. Menjelaskan cara merawat ansietas pasien: tidak menambah masalah (stress) dengan sikap positif, memotivasi cara relaksasi yang telah dilatih perawat pada pasien
 - c. Sertakan keluarga saat melatih teknik relaksasi pada pasien dan minta untuk memotivasi pasien melakukannya

Fase orientasi

Selamat siang pak, perkenalkan nama saya Nurhalimah, bapak boleh panggil saya perawat Nur, saya perawat yang merawat putri bapak Nona Nani dan hari ini saya dinas dinas diruang ini, dari pukul 14.00 sampai pukul 21.00 wib. Bapak keluarga Nn N, nama bapak siapa? , senang dipanggil apa?. Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang ansietas yang putri bapak rasakan dan cara merawatnya agar proses penyembuhannya lebih cepat. Berapa lama kita diskusi? Bagaiman kalau 20 menit, tempatnya disini saja ya pak? Baiklah

Fase kerja

Apakah bapak sudah mengetahui apa itu ansietas? Baik kalau begitu akan saya jelaskan apa itu ansietas. Ansietas adalah perasaan was-was, kuatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi suatu ancaman. Dapat dimengerti pak? Bagus pak, baik kalau begitu akan saya lanjutkan dengan tanda dan gejalanya. Tanda dan gejalanya ada yang disebut respon fisik yaitu yang mempengaruhi fisik seperti: sering panas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia yaitu kehilangan nafsu makan, diare atau konstipasi, gejala, berkeringat, tremor atau gemetar, sakit kepala dan sulit tidur, kemudian respon kognitif yang mempengaruhi pikiran seperti lapang persepsi menyempit tidak mampu menerima informasi dari luar dan berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Dan terakhir ada respon perilaku dan emosi yaitu : gerakan meremas tangan, bicara berlebihan dan cepat perasaan tidak aman dan menangis. Sampai saat ini jelas apa yang saya sampaikan...pak...adakah yang ingin bapak tanyakan terkait penjelasan yang telah saya uraikan ? Wah.... hebat bapak bisa mengerti ...sekali saya jelaskan.. nah sekarang saya akan bertanya kepada bapak tentang apa yang sudah saya jelaskan tadi : apa itu ansietas tanda dan gejalanya ? Bapak harus mengetahui bagaimana cara merawatnya agar proses penyembuhan lebih cepat jangan sampai menambah masalah baru. Bapak diharapkan mampu bersikap positif, mari pak saya akan ajarkan relaksasi agar nanti bapak dapat memotivasi keluarga agar dapat melakukannya. Relaksasi ada dua yaitu tarik napas dalam dan pengalihan situasi. Sekarang bapak lihat caranya saya akan langsung ajarkan kepada putri bapak. Saya akan mengajarkan cara tarik napas dalam , pengalihan situasi sambil disaksikan keluarga agar nanti bapak bisa membantu putrinya. Silahkan duduk atau tiduran dengan posisi mbak.. anggap paling nyaman, setelah dalam hitungan ke 5 ibu menarik napas dalam dari hidung sampai udara mengisi penuh rongga dada, lalu tahap dalam hitungan ke 5, setelah itu ibu keluarkan napas melalui mulut secara perlahan, wah bagus sekali ibu dapat melakukan dengan benar. Cara ke 2 pengalihan situasi: baca buku, nonton TV, mendengarkan radio, mengaji, membaca surat- surat pendek atau membaca wirid, ngobrol dengan teman sekamar atau keluarga, jadi bapak harus sering mengajak mbak... nya ngobrol, sehingga kekhawatirannya hilang.

Fase terminasi

Bagaimana perasaan bapak setelah diskusi ? Apakah bapak sudah dapat memahami apa yang sudah saya jelaskan dan ajarkan...bagus kalau begitu bapak dapat memotivasi putri bapak untuk melakukan tarik napas dalam setiap dua jam dan alihkan situasinya dengan mengajak ngobrol

atau yang lainnya yang sudah saya jelaskan. Karena sudah 20 menit kita berdiskusi cukup dulu ya pak. Tapi nanti pukul 16.00 kembali mengajarkan teknik lima jari dan bagaimana cara merujuk...jika nanti dirumah kondisinya tidak baik, kita akan bercakap-cakap lagi ...tempatya disini , selamat siang .

Strategi pelaksanaan keluarga :

1. Evaluasi peran keluarga merawat pasien cara merawat dan *follow up*
2. Pertahankan rasa percaya keluarga dengan mengucapkan salam, menanyakan peran keluarga merawat pasien dan kondisi pasien
3. Membuat kontrak ulang : latihan lanjutan cara merawat dan *follow up*
4. Menyertakan keluarga saat melatih pasien hipnotis diri sendiri (5 jari) dan kegiatan spiritual
5. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan dirumah, *follow up* dan kondisi pasien yang perlu di rujuk (lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima informasi, gelisah, tidak dapat tidur) dan cara merujuk pasien

Tugas mandiri

1. Buatlah strategi pelaksanaan pada pertemuan ke 2 yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot progresif, ketiga atau keempat ada kasus fiktif diatas, atau lakukanlah dan buatlah SP pada kasus fiktif lain yang sering anda temui pada saat anda melaksanakan praktik klinik.
2. Buatlah SP pertemuan dengan keluarga pada pertemuan pertama yaitu pengajaran keluarga tentang cara merawat pasien dengan asietas dan teknik menurunkan kecemasan dengan distraksi 5 jari dan relaksasi otot progresif. Berlatihlah dengan tekun bersama dengan teman anda beberapa kali, jika anda sudah merasa puas dengan latihan tersebut datanglah kepada pembimbing anda untuk dilakukan supervisi dan penilaian terhadap kemampuan anda. Jangan takut untuk menemui pembimbing karena pembimbing akan memberikan masukan terhadap kemampuan anda dalam melakukan intervensi keperawatan.

Latihan 2

1. Jelaskan tahapan dari asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas
2. Jelaskan cara menetapkan pohon masalah pada pasien dengan ansietas
3. Jelaskan tahapan dari membuat LP pada pasien dengan ansietas

4. Jelaskan SP pada pasien dengan ansietas
5. Jelaskan data subyektif dan obyektif pada pasien ansietas

Petunjuk evaluasi latihan

Untuk mampu menjawab pertanyaan diatas, anda harus mempelajari kembali materi asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas.

Latihan 3

Seorang pasien perempuan 28 tahun berkerja sebagai pilot maskapai penerbangan internasional. Pasien akan dilakukan operasi pengangkatan cerviks karena kanker. Hasil pengkajian di dapatkan data pasien tampak marah, muka memerah, rahang mengatup dan sering mengeluarkan kata-kata dengan marah-marah, menyalahkan diri sendiri dan orang lain. Pasien akan menikah 6 bulan yang akan datang. Menurut orang tua pasien tidak mau makan apa yang disajikan. Sejak di diagnosa kanker dan akan dilakukan pengangkatan cerviks pasien menjadi pemarah, sering tidak sabaran dan memarahi orang-orang disekitarnya jika tidak sesuai dengan apa yang diinginkan pasien. Pasien tidak mau melakukan pembicaraan dengan orang yang tidak dikenal, bila menjawab hanya seperlunya. Menurut orang tua, pasien tidak dapat tidur sejak 2 hari yang lalu dan sering menangis pada malam hari. Padahal selama ini pasien merupakan anak yang ceria dan banyak bekerja atau beraktivitas. Hasil pemeriksaan didapatkan TD 130/90 mmHg, nadi 90 x/menit, pasien lebih banyak mendominasi pembicaraan dan selalu bertanya tentang penyakitnya. Fokus pertanyaan hanya berkisar kepada bagaimana operasi akan berlangsung dan bagaimana dengan kelangsungan hidupnya setelah pengangkatan cerviks nya.

Tugas : Pergunakanlah format pengkajian pada akhir modul ini

1. Buatlah LP kasus diatas
2. Buatlah SP untuk kasus diatas
3. Lakukanlah pangkajian untuk masalah psikososial sesuai format yang ada dan lengkapi data pasien untuk dapat melengkapi diagnosa ansietas
4. Lakukanlah analisis data dan masalah keperawatan
5. Buatlah pohon masalah
6. Tetapkanlah tindakan keperawatan dengan teknik distraksi serta cara spiritual
7. Lakukanlah evalusi keperawatan

8. Lakukanlah dokumentasi keperawatan

Rangkuman

Modul praktikum ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien ansietas, yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian dilakukan dengan melakukan observasi dan wawancara. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien sat itu (*here and now*). Setelah melakukan tindakan keperawatan anda harus membuat dokumentasi keperawatan.

Pre-post test

1. Seorang perempuan umur 44 tahun dirawat di rumah sakit karena akan dilakukan operasi mammae, pasien mengeluh tidak bisa tidur, selalu memikirkan keadaan anaknya di rumah. Apakah diagnosa keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Ansietas
 - b. Kehilangan
 - c. Keputusan
 - d. Ketidakberdayaan
 - e. Harga diri rendah situasional
2. Seorang perempuan 32 tahun di rawat di Rumah Sakit karena TB paru yang mengalami kecemasan sedang. Apakah tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien tersebut?
 - a. Ciptakan lingkungan tenang
 - b. Beri obat anti penenang
 - c. Teknik napas dalam
 - d. Istirahatkan
 - e. Isolasikan
3. Data subyektif pada pasien yang mengalami kecemasan adalah
 - a. Adanya muntah
 - b. Tidak nafsu makan
 - c. TD meningkat 160/110 mmHg
 - d. Adanya lingkaran kehitaman disekitar mata
 - e. Pasien menyatakan kekhawatiran tentang penyakitnya
4. Data obyektif apa yang anda temui pada pasien ansietas
 - a. Peningkatan TTV
 - b. Pasien mengatakan pusing dan mual
 - c. Lapang persepsi kognitif pasien menyempit
 - d. Pasien mengatakan takut akan kegawatan penyakitnya
 - e. Pasien sering menguap dan tampak lesu dan tidak bersemangat
5. Keberhasilan tindakan keperawatan pasien ansietas ditandai dengan
 - a. Pasien mau minum obat

- b. Pasien mengikuti program pengobatan
- c. Pasien mampu menjelaskan tanda-tanda nasietas
- d. Pasien mengatakan saya jauh lebih tenang suster
- e. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengatasi kecemasan

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocok kanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapt dibagian akhir modul praktikum ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut ini

Arti tingkat penguasaan:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

90-100% = baik sekali

80-89% = baik

70-79% = cukup

<70% = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, bagus, saudara meneruskan kegiatan pratikkum 2 tetapi jika masih dibawa 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan pratikum 1 , terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN CITRA TUBUH

Sekarang marilah kita memulai praktikum ke-2, saya yakin anda mampu melakukan praktikum ini dengan baik, karena anda telah memiliki modal dan kemampuan yang sangat baik dengan mampu melaksanakan praktikum pada materi sebelumnya, yaitu asuhan keperawatan pada pasien dengan kecemasan.

Sebelum kita memulai praktikum ke-2 ini, marilah kita segarkan kembali tanda dan gejala (perilaku) pasien dengan gangguan citra tubuh. Coba anda diskusikan dengan teman anda.

Landasan teori asuhan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh

1. Tanda dan gejala

Data obyektif:

- a. Perubahan dan kehilangan anggota tubuh baik struktur, bentuk dan fungsi
- b. Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
- c. Menolak melihat bagian tubuh
- d. Menolak menyentuh bagian tubuh
- e. Aktivitas sosial menurun

Data subyektif:

- a. Mengungkapkan penolakan terhadap:
 - 1) Perubahan bentuk tubuh saat ini
 - 2) Anggota tubuh yang tidak berfungsi
 - 3) Interaksi dengan orang lain
- b. Mengungkapkan perasaan sedih, kecewa dan khawatir dengan organ tubuhnya
- c. Mengungkapkan keinginan terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu
- d. Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan anggota tubuhnya
- e. Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang

Demonstrasikan dan kerjakan bersama dengan teman anda kasus fiktif-1. Kemudian lakukan dan kerjakan langkah-langkah praktikum berikut ini. Bermain peran untuk dapat mempraktekkan kasus fiktif ini dengan teman anda. Tentu anda sudah memahami bagaimana aturan bermain peran ?

Latihan 1:

Seorang pasien perempuan dirawat di unit rawat bedah dengan post operasi mastektomi 3 hari yang lalu hasil pengkajian yang didapatkan data: pasien mengatakan tidak mau melihat lukanya ia sekarang sudah menjadi wanita yang cacat. Sejak selesai operasi pasien tidak mau melihat bagian tubuh yang dioperasi. Hasil observasi: ekspresi terlihat sedih, cenderung diam, berbicara seperlunya, nafsu makan menurun dan sering menangis saat dilakukan perawatan luka operasi.

Petunjuk latihan

1. Buatlah LP kasus diatas.
2. Lakukanlah pengkajian untuk masalah psikososial sesuai format yang ada.
3. Lakukanlah analisa data dan tentukan masalah keperawatannya.
4. Baulah pohon masalah dan tentukan masalah keperawatan utama.
5. Tegakkan diagnosa keperawatan.
6. Buat/susun rencana tindakan keperawatan utama.
7. Lakukan tindakan keperawatan pada diagnosa keperawatan utama dengan membuat SP yang sesuai dengan kasus diatas
8. Lakukan evaluasi keperawatan.
9. Buat dokumentasi keperawatan.
10. Lakukan latihan SP sesuai kasus diatas.

Contoh

1. Membuat LP

Langkah pertama sebelum anda melakukan praktikum, anda harus melakukan LP sesuai dengan kasus fiktif diatas, seperti fomat dibawah ini

- a. Tuliskan keluhan utama pasien.
- b. Lengkapi dan buat proses terjadinya masalah yang terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi dari kasus tersebut.

Bila anda mendapatkan kesulitan dalam membuat LP, pelajari kembali modul askep pada pasien gangguan citra tubuh.

Contoh LP

DS : Pasien mengatakan tidak mau melihat lukanya ia sekarang sudah menjadi wanita yang cacat.

DO : Ekspresi terlihat sedih, cenderung diam, berbicara seperlunya, nafsu makan menurun dan sering menangis saat perawatan luka operasi.

Proses terjadinya masalah

Citra tubuh adalah kumpulan dari individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang struktur, bentuk dan fungsi tubuh (Stuart & Laraia, 2005). Citra tubuh dipengaruhi pandangan orang lain (Potter & Perry, 1997). Dapat disimpulkan bahwa citra tubuh merupakan pandangan seseorang terhadap tubuhnya baik struktur, bentuk maupun fungsi tubuhnya, yang dipengaruhi oleh pandangan orang lain.

Perubahan dalam penampilan, struktur atau fungsi bagian tubuh akan membutuhkan perubahan dalam citra tubuh (Potter & Perry, 1997). Penyakit kronis seperti hepatitis yang menyebabkan perubahan warna dan integritas kulit sehingga menyebabkan klien berpandangan negatif terhadap bentuk tubuhnya. Citra tubuh merupakan komponen konsep diri yang dipengaruhi oleh pertumbuhan kognitif dan perkembangan fisik. Citra tubuh adalah kumpulan sikap dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi. Kecacauan dalam seseorang menerima citra tubuhnya menyebabkan terjadinya gangguan citra tubuh.

2. Pengkajian

Lakukanlah pengkajian dengan menggunakan kasus fiktif diatas. Perlu saya ingatkan bahwa satu teman anda berperan sebagai perawat satu orang berperan sebagai pasien. Format pengkajian terlampir

3. Analisis data

Langkah selanjutnya setelah data terkumpul adalah melakukan analisa data dan merumuskan masalah tersebut. Ingat kembali bagaimana cara anda melakukan dan menetapkan analisa data dan merumuskan masalah . Berikut ini adalah contoh analisa data dan rumusan masalah berdasarkan kasus fiktif 1.

Contoh analisa data dan masalah keperawatan Gangguan Citra Tubuh

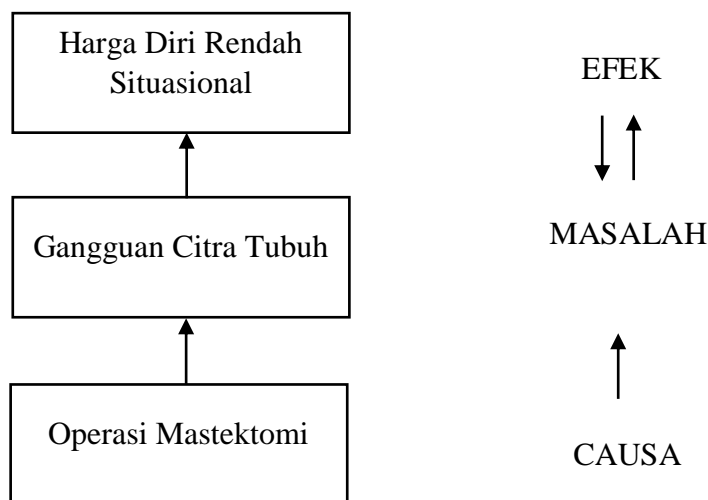
NO	Data	Masalah
1	<p>Subyektif : Pasien mengatakan tidak mau melihat lukanya ,ia sekarang sudah menjadi wanita yang cacat.</p> <p>Objektif : ekspresi terlihat sedih, cenderung diam, berbicara seperlunya, nafsu makan menurun dan sering menangis saat dilakukan perawatan luka operasi.</p>	Gangguan citra tubuh

4. Membuat pohon masalah

Setelah anda berhasil mengelompokkan data daan menentukan masalah. Langkah berikutnya adalah membuat pohon masalah. Untuk dapat membuat pohon masalah, tentukanlah masalah utama dan masalah keperawatan lainnya pada kasus anda. Kemudian tegakkan diagnosa keperawatan dan lengkapi data yang harus dikaji pada kasus tersebut.

Untuk meningkatkan kemampuan anda dalam menegakkan diagnosa keperawatan, mari kita putar kembali ingatan kita kembali tentang cara membuat poho masalah dengan memperhatikan kembali contoh dibawah ini.

5. Pohon masalah



6. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan pohon masalah diatas, maka diagnosa keperawatan pada kasus fiktif 1 adalah :

Gangguan Citra Tubuh

7. Tindakan keperawatan generalis dapa pasien gangguan citra tubuh

Lengkapilah selanjutnya setelah anda mampu menegakkan masalah utama pasien anda harus menulis rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Anda dapat mempelajari kembali kegiatan pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh.

Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang ada pada lampiran modul ini.

a. Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi citra tubuhnya
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi potensi fungsi tubuh yang lain
- 3) Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- 4) Pasien dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- 5) Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu

b. Tindakan keperawatan :

- 1) Bersama pasien mengidentifikasi citra tubuh yang ada meliputi citra tubuh yang dulu dan saat ini, mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan pasien terhadap citra tubuhnya saat ini perbaiki kesalahan konsep, mitos kehilangan atau kemampuan untuk memfungsikan bagian-bagian yang hilang. Gunakan teknik bermain peran untuk membagi perasaannya beri kesempatan untuk berbagai pengalaman yang sama dengan orang lain.
- 2) Identifikasi bersama pasien potensi fungsi tubuh yang lain yang masih dapat digunakan, bantu pasien untuk merubah persepsi pasien terhadap citra tubuhnya. Gunakan teknik menggambar diri sendiri sebagai mekanisme untuk mengevaluasi sejauh mana persepsi terhadap citra tubuh saat ini.
- 3) Ajarkan pasien cara untuk meningkatkan citra tubuh :
 - a) Ganti bagian tubuh yang hilang dengan protese, wig, kosmetik atau yang lainnya segera mungkin, menggunakan pakaian yang baru
 - b) Dorong untuk melihat bagian yang sakit
 - c) Dorong untuk menyentuh bagian tersebut
 - d) Dorong melakukan aktivitas yang ter-arrah pada pembentukan tubuh yang ideal

- 4) Melakukan interaksi

- a) Susun jadwal kegiatan sehari-hari
- b) Dorong melakukan aktifitas sehari-hari dan terlibat dalam aktifitas keluarga dan sosial
- c) Dorong untuk mengunjungi teman atau orang lain yang mempunyai peran
- d) Beri pujian terhadap keberhasilan pasien dalam melakukan interaksi

8. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 :

Mengidentifikasi citra tubuh dan harapan, mengidentifikasi potensi tubuh yang lain

Peragaan pada teman anda dengan komunikasi di bawah ini

Fase Orientasi:

“Selamat pagi bu, saya perawat Nuri. Saya perawat di ruangan ini yang hari ini akan merawat ibu. Nama ibu siapa? Ibu senang dipanggil apa? Apa yang ibu rasakan pagi ini ? saya lihat sejak pagi ibu cenderung diam dan saat saya merawat luka ibu, saya melihat bu menangis. Apakah ada yang ibu rasakan tidak nyaman saat perawatan luka tadi? Bagaimana jika kita bercakap-cakap selama 30 menit tentang perasaan dan harapan ibu terhadap tubuh saat ini dan potensi lain yang ibu miliki. Ibu lebih nyaman kita bicara dimana? Baiklah disini saja tempatnya dan berbicara selama 30 menit. Tujuan diskusi kita ini adalah agar ibu dapat mengetahui dan menerima proses perubahan pada tubuh ibu sehingga kondisi tubuh ibu bisa segera pulih. Bisa ibu ceritakan tentang gambaran tubuh ibu dahulu? Kalau yang sekarang menurut ibu seperti apa? Bagaimana perasaan ibu setelah operasi (terjadi perubahan pada bagian tubuh ibu yang tidak seperti dahulu)?. Bisa ibu ceritakan tentang pandangan ibu terhadap perubahan yang dialami saat ini? Apa yang ibu khawatirkan/ takutkan dengan kondisi tubuh saat ini?.

“Memang banyak sekali orang mengatakan bahwa mereka yang kehilangan bagian tubuh seperti ibu pada awalnya akan merasakan hal yang sama seperti ibu. Nanti ibu bisa bertemu dengan teman-teman yang mengalami hal yang sama dan dapat saling berbagi pengalaman tentang apa yang mereka harapkan saat ini atau bisa berbicara tentang hal lain yang berkaitan dengan masalah yang sama dialami ibu”. “Apa masalah ibu terhadap masalah kesehatan ibu saat ini? Bagaimana ibu dapat mencapai keinginan atau harapan tersebut dengan adanya masalah tersebut? Bagus sekali ibu sudah bisa menceritakan apa keinginan dan harapan ibu kedepannya nanti”. “Sekarang saya mau bertanya menurut ibu, bagian tubuh mana yang paling disukai ibu? Apakah bagian tersebut masih punya potensi? Selain itu bagian tubuh

yang mana lagi? Bagus sekali ibu sudah bisa melihat bagian tubuh lain yang masih berpotensi dan ibu masih bisa mengembangkan potensi tubuh tersebut”.

Fase Terminasi:

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita berbincang-bincng? Saya harap pertemuan ini bisa merubah pandangan ibu bahwa ibu masih menarik bagi suami ibu dan masih berguna bagi beliau, keluarga dan orang lain. Bisa ibu ulangi kembali harapan saat ini? Ya, bagus sekali. Setelah ini ibu bisa mencoba menceritakan gambaran tentang diri ibu saat ini dan nanti pada pertemuan selanjutnya saya akan melihat gambaran tersebut. Kita akan diskusi tentang bagaimana cara-cara untuk mengurangi perubahan pada tubuh ibu. Jam berapa dan berapa lama ibu berkenan kita berdiskusi tentang hal tersebut? Dimana ibu merasa lebih nyaman kita diskusi ? Baik ibu, sekarang ibu bisa beristirahat dan saya kembali ke ruang perawat. Selamat siang ”

Latihan SP 2 : Buatlah strategi komunikasi untuk mengidentifikasi dan melakukan cara meningkatkan citra tubuh. Dan peragakan kepada pasangan anda.

9. Tindakan keperawatan untuk keluarga dan buatlah strateginya

a. Tujuan :

1. Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh
2. Keluarga mengetahui cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh
3. Keluarga mampu merawat gangguan citra tubuh
4. Keluarga mampu mengevaluasi kemampuan pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya.

b. Tindakan keperawatan

1. Jelaskan dengan keluarga tentang gangguan citra tubuh yang terjadi pada klien
2. Jelaskan pada keluarga cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh yaitu ganti bagian tubuh yang hilang dengan protese, melihat bagian yang sakit, menyentuh bagian tersebut dan lakukan aktivitas yang terarah pada pembentukan tubuh yang ideal
3. Ajarkan kepada keluarga cara merawat klien
 - a) Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan klien dirumah
 - b) Memfasilitasi kegiatan dirumah
 - c) Melaksanakan kegiatan dirumah dan sosial
4. Memberikan pujian atas tindakan yang telah dilakukan klien

5. Ajarkan kepada keluarga untuk mengevaluasi perkembangan kemampuan pasien seperti klien mampu menyentuh dan melihat anggota tubuh yang terganggu, melakukan aktivitas di rumah dan masyarakat tanpa hambatan
6. Berikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan keluarga

Latihan SP 5 : Buatlah strategi komunikasi untuk melatih cara merawat dan mengevaluasi perkembangan pasien

10. Evaluasi Keperawatan Pasien Gangguan Citra Tubuh

- a. Kemampuan untuk pasien
 - 1) Pasien mampu mengidentifikasi citra tubuh dan potensi tubuh yang lain
 - 2) Pasien mampu melakukan cara untuk mengatasi gangguan citra tubuhnya
 - 3) Pasien mampu berinteraksi dengan keluarga dan sosial
- b. Kemampuan untuk keluarga
 - 1) Keluarga mampu mengenal masalah gangguan citra tubuh
 - 2) Keluarga mampu merawat klien gangguan citra tubuh
 - 3) Keluarga mampu mengevaluasi perkembangan klien

Tugas mandiri

1. Buatlah SP pada kasus fiktif lain tentang gangguan citra tubuh yang sering anda temui pada saat anda melakukan praktek klinik keperawatan.
2. Buatlah SP pertemuan dengan keluarga pada pertemuan pertama yaitu mengajarkan keluarga tentang cara merawat pasien dengan gangguan citra tubuh.
3. Berlatihlah dengan tekun dengan teman beberapa kali jika anda sudah merasa puas dengan latihan tersebut datanglah kepada pembimbing anda untuk dilakukan supervisi dan penilaian terhadap kemampuan anda. Jangan takut untuk menemui pembimbing karena pembimbing akan memberikan masukan terhadap kemampuan anda dalam melakukan intervensi keperawatan.

Latihan 2

1. Jelaskan tahapan dari asuhan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh.
2. Jelaskan data subyektif dan obyektif pada pasien gangguan citra tubuh.
3. Buatlah pohon masalah pada pasien dengan gangguan citra tubuh.
4. Jelaskan tahapan dalam membuat laporan pendahuluan.
5. Jelaskan SP pada pasien dengan gangguan citra tubuh.
6. Peragakan teknik-teknik untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh pasien.

Petunjuk latihan :

Untuk mampu menjawab pertanyaan diatas, anda harus mempelajari kembali materi asuhan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh.

Latihan Kasus 2 :

Seorang pasien laki-laki umur 46 tahun pekerjaan penjahit baju ,dirawat di ruang rawat penyakit dalam dengan diagnosa Diabetes Melitus dan post operasi amputasi kaki kiri karena luka ganggren yang dialaminya. Hasil pengkajian didapatkan data: pasien tampak sedih dan merasa kecewa dengan kondisi tubuh saat ini yang mudah lelah dan ketidak sempurnaan bentuk kakinya. Berulangkali pasien mengatakan menyesal tidak kontrol dan merawat luka kakinya dengan baik. Menurut keluarga, pasien tidak mau makan apa yang disajikan, tidak bisa tidur, cenderung diam dan bicara semperlunya saja. Hal pemeriksaan TTV di dapat TD 130/90 mmHg, nadi 94x/menit, pasein selalu bertanya apakah kondisi tubuhnya tidak bisa kembali seperti dulu lagi dan merasakan khawatir tidak bisa bekerja menafkahi keluarganya.

Petunjuk latihan

Pergunakanlah format pengkajian pada akhir modul ini

1. Buatlah LP kasus diatas
2. Lakukan pengkajian untuk masalah psikososial sesuai dengan format yang ada dan lengkapi data untuk dapat melengkapi diagnosa kecemasan.
3. Lakukanlan analisa data dan tentukan masalah keperawatan.
4. Buatlah pohon masalah dan tentukanlah masalah keperawatan utama
5. Tegakkan diagnosa keperawatan.
6. Susun rencana tindakan keperawatan.
7. Buatlah SP untuk kasus diatas.
8. Lakukan evaluasi keperawatan.
9. Butalah dokumentasi keperawatan.
10. Buatlah tugas SP pada keluarga.
11. Lakukan latihan tindakan keperawatan pada keluarga bersama teman.

Rangkuman

Modul praktikum ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksaan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan observasi dan wawancara. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat seusa dengan masalah yang ditemukan pada pasien (*here and now*). Setelah melakukan tindakan keperawatan anda harus membuat dokumentasi keperawatan.

Pre-pots test

1. Apakah data subyektif pada pasien gangguan citra tubuh ?
 - a. Perasaan menyesali dengan kejadian yang telah terjadi
 - b. Pernyataan khawatir dengan tindakan operasi
 - c. Pernyataan menolak kondisi tubuh saat ini
 - d. Tekanan darah 180/120 mmHg
 - e. Pertanyaan tidak berharga

2. Bentuk perilaku yang khas pada pasien ganggun citra tubuh, yaitu :
 - a. Ekspresi tegang dan gelisah
 - b. Berkeringat dingin dan meremas tangan
 - c. Menghindari interaksi dengan orang lain
 - d. Menolak melihat bagian tubuh yang sakit
 - e. Tidak bisa tidur dan tidak mau makan

3. Seorang perempuan umur 29 tahun dirawat di Rumah Sakit karena akan dilakukan operasi mammae. Pasien mengeluh tidak dapat tidur, tidak mau melihat bagian akan dioperasi dan khawatir akan ditinggalkan oleh pacarnya. Apakah penyebab masalah gangguan citra tubuh pasien diatas?
 - a. Khawatir akan dilakukan operasi
 - b. Kehilangan orang yang dicintai
 - c. Tidak mau melihat bagian tubuh yang akan dioperasi
 - d. Tindakan operasi
 - e. Usia masih mudah

4. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh adalah
 - a. Pasien dapat mengenal kecemasan
 - b. Pasien dapat melakukan kegiatan sehari-hari
 - c. Pasien dapat mengidentifikasi potensi fungsi tubuh yang lain
 - d. Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk mernurunkan kecemasan
 - e. Pasien dapat melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam, distraksi dan pengalihan emosi.

5. Tindakan keperawatan pada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh adalah

- a. Jelaskan dengan keluarga tentang perubahan perilaku yang terjadi pada pasien
- b. Ajarkan keluarga teknik relaksasi dan distraksi untuk mendukung pasien
- c. Ajarkan kepada keluarga untuk memfasilitas interaksi di rumah
- d. Jelaskan keluarga cara-cara menurunkan kecemasan pasien
- e. Ajarkan cara perawatan luka di rumah

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang terdapat dibagian akhir modul praktikum ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut ini

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan:

90-100% = baik sekali

80-89% = baik

70-79% = cukup

<70% = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, bagus, saudara dapat meneruskan kegiatan pratikukum 3 tetapi jika masih dibawah 80% saudara harus mengulangi materi kegiatan pratikum 2 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIKUM 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KEHILANGAN

Sekarang marilah kita memulai praktikum ketiga, saya yakin anda mampu melakukan praktikum ini dengan baik, karena anda telah memiliki modal dan kemampuan yang sangat baik dengan mampu melaksanakan praktikum materi asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas dan gangguan citra tubuh.

Landasan teori asuhan keperawatan pada pasien kehilangan

Lambert & Lambert mengatakan bahwa: Kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemungkinan menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian maupun keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda.

Terdapat 5 jenis kehilangan, yaitu:

- a. Kehilangan seseorang yang dicintai, dan sangat atau bermakna atau orang yang berarti merupakan salah satu jenis kehilangan yang mengganggu dari tipe-tipe kehilangan. Kematian orang yang dicintai dan bermakna dalam kehidupan individu akan menimbulkan kehilangan bagi orang yang mencintainya. Hal ini dikarenakan hilangnya keintiman, intensitas dan ketergantungan serta ikatan atau jaringan yang ada, kematian pasangan suami/istri atau anak biasanya membawa dampak emosional yang luar biasa dan tidak dapat ditutupi.
- b. Kehilangan pada diri sendiri (*loss of self*). Bentuk lain dari kehilangan adalah kehilangan diri atau anggapan tentang mental seseorang. Yang termasuk dalam kehilangan ini meliputi kehilangan perasaan terhadap keatraktifan, diri sendiri, kehilangan kemampuan fisik dan mental, serta kehilangan akan peran kehidupan, dan dampaknya. Kehilangan dari aspek diri mungkin sementara atau menetap, sebagian atau seluruhnya. Beberapa aspek lain yang dapat hilang dari seseorang misalnya kehilangan pendengaran, ingatan, usia muda, fungsi tubuh.
- c. Kehilangan objek eksternal. Kehilangan objek eksternal misalnya kehilangan benda milik sendiri atau bersama-sama, perhiasan, uang atau pekerjaan. Kedalaman berduka yang

dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang tergantung pada arti dan kegunaan benda tersebut.

- d. Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal. Kehilangan lingkungan diartikan dengan terpisahnya individu dan lingkungan yang sangat dikenal termasuk dari kehidupan latar belakang keluarga dalam waktu satu periode atau bergantian secara menetap. Misalnya pindah ke kota lain, maka akan memiliki tetangga yang baru dan proses penyesuaian yang baru.
- e. Kehilangan kehidupan atau meninggal seseorang pasti akan mengalami kematian, baik mati secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan atau orang disekitarnya, sampai dengan kematian yang sesungguhnya. Sebagian orang berespon berbeda tentang kematian.

Materi pokok praktikum

Pokok-pokok materi kegiatan praktikum 2 terdiri dari:

1. Cara membuat LP dan SP sesuai kasus fikfif yang ada pada model praktikum ini.
2. Cara melakukan pengkajian pada pasien kehilangan dan mempratekkan komunikasi terapeutik sesuai dengan SP yang saudara buat.
3. Cara menetapkan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian.
4. Latihan melaksanakan tindakan sesuai keperawatan sesuai rencana.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah anda lakukan dan
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan

Latihan 1

Seorang pasien perempuan umur 65 tahun datang ke poliklinik psikiatri diantar oleh keluarga dengan keluhan tidak dapat tidur, tidak nafsu makan tidak memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan apapun. Pasien mengeluh lemas seluruh badan seperti mati rasa. Pasien mengatakan

keluhan tersebut terjadi sejak kematian suaminya 5 bulan yang lalu. Pasien merasa suaminya masih hidup dan hanya pergi untuk sementara waktu saja. Hasil observasi didapatkan data TD 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, pasien tampak lesu, tidak bersemangat dan tangan dingin. Pasien mengatakan sejak kematian suaminya dirinya merasa kesepian, tidak ada yang memperhatikan dan merasa sendiri, dunia terasa hampa dan sebagian dari dirinya ikut pergi. Menurut pasien anaknya sudah berkeluarga dan tidak tinggal bersama pasien. Mereka hanya datang seminggu sekali untuk menjenguknya.

Petunjuk

Pergunakanlah format pengkajian pada modul pratikum ini untuk mengerjakan tugas dibawah ini.

1. Buatlah LP kasus diatas
2. Buatlah SP untuk kasus diatas pada pertemuan yang kedua yaitu mengajarkan satu kemampuan yang dimiliki kemampuan berbahasa asing
3. Lakukan pengkajian untuk masalah psikososial sesuai format yang ada
4. Lakukanlah analisis data dan masalah keperawatan
5. Buatlah pohon masalah
6. Tetapkanlah tindakan keperawatan
7. Lakukanlah evaluasi keperawatan
8. Lakukanlah dokumentasi keperawatan

1. Membuat LP

Sebelum anda melakukan pratikum, anda harus melakukan LP sesuai dengan kasus fiktif diatas, seperti format dibawah ini.

Contoh:

Keluhan utama

DS: Tidak dapat tidur, tidak nafsu makan tidak memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan apapun. Pasien mengeluh lemas seluruh badan seperti mati rasa. Pasien mengatakan keluhan tersebut terjadi sejak kematian suaminya lima bulan yang lalu. Pasien merasa suaminya masih hidup dan hanya pergi untuk sementara waktu saja. Pasien mengatakan sejak kematian suaminya dirinya merasa kesepian, tidak ada yang memperhatikan dan merasa sendiri, dunia terasa hampa dan sebagian dari dirinya ikut pergi. Pasien mengatakan anaknya sudah berkeluarga dan tidak tinggal bersama pasien. Mereka hanya datang seminggu sekali menjenguknya.

DO: TD 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, pasien tampak lesu, tidak bersemangat dan tangan dingin.

Proses terjadinya masalah

Menurut Stuart dan Laraia (2005) terdapat beberapa teori yang menjelaskan terjadinya ansietas, diantaranya:

1. **Faktor biologis**

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Pasien kehilangan orang yang dicintai (suami) lima bulan yang lalu

2. **Faktor psikologis**

- a. Pandangan psikoanalitik. Kehilangan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian-id dan super-ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls, sedangkan super-ego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas meningkatkan ego bahwa akan bahaya.
- b. Pandangan interpersonal, kehilangan timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal kehilangan orang yang dicintai.
- c. Pandangan perilaku, kehilangan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- d. Sosial budaya. Kehilangan hal yang biasa ditemui dalam keluargafaktor yaitu ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas

3. **Faktor presipitasi**

Faktor presipitasi ansietas dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari seperti post operasi katarak
- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap individu diri, harga diri, dan fungsi sosial individu.

2. **Pengkajian**

Dengan membaca data pasien kehilangan mudah-mudahan ingatan anda tentang tanda dan gejala pasien kehilangan meningkat. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga

Data subyektif:

- a. Mengungkapkan dengan kata-kata bahwa pasien tidak mempunyai kemampuan mengendalikan atau mempengaruhi situasi.
- b. Mengungkapkan tidak dapat menghasilkan dan lakukan sesuatu
- c. Mengungkapkan ketidak puasan dan frustasi terhadap kondisi atau situasi dan ketidak mampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya
- d. Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran, kemampuan diri dan kehilangan
- e. Mengatakan ketidak mampuan dan ketidak inginan untuk melakukan kegiatan sehari-hari contoh perawatan diri.

Data obyektif:

- a. Ketidak mampuan untuk mencari informasi tentang perawatan
- b. Ketidak berpartisipasi dalam mengambil keputusan saat diberikan kesempatan
- c. Enggan mengungkapkan perasaan sebenarnya
- d. Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidak-sukaan, marah dan rasa bersalah
- e. Gagal mempertahankan ide/pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan
- f. Apatis dan pasif
- g. Ekspresi muka murung
- h. Bicara dan gerakan lambat
- i. Tidur berlebihan
- j. Nafsu makan tidak ada atau berlebihan
- k. Menghindari orang lain

3. Membuat analisa data

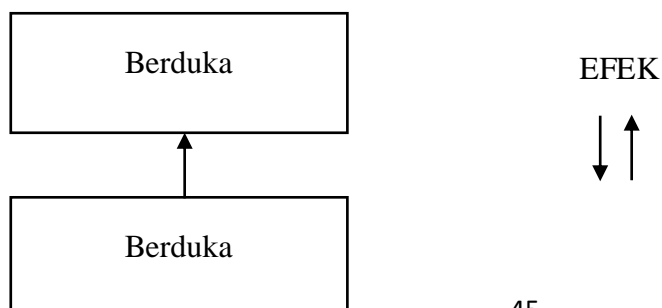
Setelah data terkumpul langkah selanjutnya adalah melakukan analisa data dan merumuskan masalah. Anda tentunya masih ingat bagaimana cara melakukan analisa data merumuskan masalah. Setelah anda selesai melakukan pengkajian anda dapat langsung mengelompokan data (subyektif dan obyektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

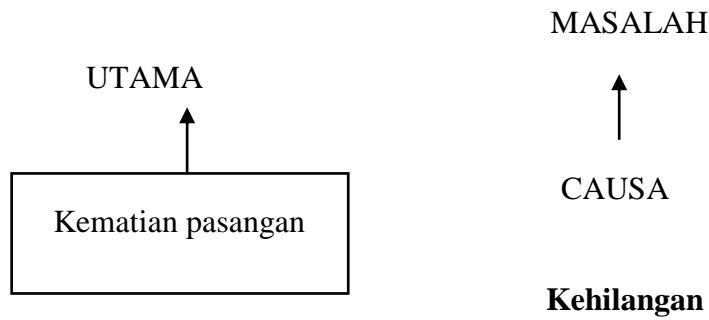
Contoh: Analisa data dan masalah kasus fiktif

NO	Data	Masalah
1	<p>Subyektif : Tidak dapat tidur, tidak nafsu makan tidak memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan apapun. Pasien mengeluh lemas seluruh badan seperti mati rasa. Pasien mengatakan keluhan tersebut terjadi sejak kematian suaminya 5 bulan yang lalu. Pasien merasa suaminya masih hidup dan hanya pergi untuk sementara waktu saja. Pasien mengatakan sejak kematian suaminya dirinya merasa kesepian, tidak ada yang memperhatikan dan merasa sendiri, dunia terasa hampa dan sebagian dari dirinya ikut pergi.</p> <p>Obyektif : TD 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, pasien tampak lesu, tidak bersemangat dan tangan dingin.</p>	Kehilangan

Langkah berikutnya adalah membuat pohon masalah, untuk dapat membuat pohon masalah. Mari kita segarkan ingatan kita kembali tentang cara membuat pohon masalah dengan melengkapi pohon masalah dibawah ini.

Pohon masalah





4. Menegakkan diagnosa keperawatan

Setelah anda membuat pohon masalah, tegakkan diagnosa keperawatan. Berikut ini langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan.

- Menyimpulkan masalah utama yaitu masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mengganggu kehidupan pasien
- Tentukan penyebab masalah utama
- Menentukan kaibat dari masalah utama
- Buatlah daftar masalah yang lain.

5. Tindakan keperawatan

Setelah data terkumpul anda harus melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah pasien. Anda dapat mempelajari kembali kegiatan belajar-1 dengan judul asuhan keperawatan pada pasien kehilangan. Buatlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan format yang ada pada akhir modul ini.

6. Implementasi dan evaluasi

- Intervensi generalis pada pasien kehilangan
Tujuan umum
 - Pasien mampu membina hubungan saling percaya
 - Pasien mengenali dan mengekspresikan emosinya
 - Pasien mampu memodifikasi pola kognitif yang negatif
 - Pasien mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenan dengan perawatannya sendiri
 - Pasien mampu termotivasi untuk aktif mencapai tujuan realistis

SP Pertemuan 1 pasien: pengkajian kehilangan dan latihan berpikir positif

1. Bina hubungan saling percaya

- Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai

- b. Jelaskan tujuan interaksi : melatih pengendalian ketidak berdayaan agar proses penyembuhan lebih cepat
2. Membuat kontrak dua kali pertemuan latihan pengendalian kehilangan
3. Bantu mengenal kehilangan
 - a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
 - b. Bantu pasien mengenal penyebab kehilangan
 - c. Bantu klien menyadari perilaku akibat kehilangan
 - d. Bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol
 - e. Bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap kehilangan
 - f. Diskusikan tentang masalah yang dihadapi klien tanpa memintanya untuk menyimpulkan
 - g. Identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi dan substitusi
 - h. Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif
 - i. Evaluasi ketetapan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien
 - j. Identifikasi persepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang rasional

Latihan pengembangan harapan positif (*afirmasi* positif)

Sp 1 Pasien : Orientasi:

Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya perawat Rosita , panggilan saya perawat Ita, saya yang akan merawat ibu di ruangan ini, hari ini saya dinas shift pagi dari pukul 07.30-14.00 nama ibu siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Nampaknya ibu sedang memikirkan sesuatu? Baiklah bu, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang perasaan yang ibu alami, yang membuat ibu merasa sendiri tidak ada teman dan kerabat atau anak yang mengerti apa yang dirasakan oleh ibu. Tujuan adalah agar ibu akan lebih semangat dalam menjalani hidup ini sehingga proses pengobatan dan penyakit ibu lebih cepat sembuh. Kita akan berdiskusi selama 20 menit? Tempatnya disini saja bu.

Kerja :

Apa yang menyebabkan ibu merasa sedih dan kehilangan semangat dengan penyakit ibu, oh jadi ibu sudah dua tahun menderita diabetes dan sekarang kaki ibu harus diamputasi karena penyakit nya, sementara keluarga tidak ada yang memahami apa yang sedang ibu rasakan. Ibu merasa sudah melakukan diet dan minum obat yang dianjurkan dokter, juga sudah melakukan olah raga dengan teratur tetapi kok gula darah ibu sulit turun sehingga mengakibatkan luka pada kaki dan luka tersebut

tidak sembuh-sembuh sehingga akhirnya harus diamputasi. Menurut ibu apa akibatnya jika ibu selalu merasa tidak mampu mengendalikan perasaan ibu sehingga ibu merasa begitu sedih dan merasa sendiri dengan kondisi saat ini dengan penyakit ibu yang tidak kunjung sembuh? Ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Ibu merasa tertekan, stress. Apakah ibu mengetahui pikiran atau stress juga berpengaruh pada tubuh kemampuan tubuh kita mengontrol gula darah. Menurut ibu. Apa yang rasanya belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Mengelola pikiran....bagus jika ibu menyadarinya. Baiklah ibu berarti setelah ini ibu harus mampu mengelola pikiran agar tidak stress dan jangan lupa bahwa kita makhluk ciptaan Allah yang bisa kita lakukan hanya berusaha, dan Tuhan yang menentukan apakah hasil upaya kita tersebut sesuai dengan harapan kita atau tidak. Namun kita selalu meminta yang terbaik dengan berdoa dan sholat ya bu. Baiklah bu agar kita terus semangat dalam mengupayakan dalam pengobatan, kita dapat mengembangkan harapan positif. Nama latihannya afirmasi positif...misalnya apa yang ibu harapkan dengan kondisi ini? Sembuh...berserah diri pada Tuhan...terus bersabar. Nah harapan-harapan ini tanamkan dalam hati pikiran dan hati ibu, ibu katakan pada diri ibu “memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya, saya terus-menerus menjalankan pola hidup sehat, minum obat teratur saya yakin gula darah saya akan terkontrol semua saya serahkan pada Tuhan”...Bu, kalimat tersebut adalah kalimat afirmasi. “ Nah coba ibu yang mengungkapkan....

Terminasi :

Bagaimana perasaan ibu setelah kita diskusi? Coba ibu sebutkan kembali kalimat afirmasi Ibu....berapa kali sehari ibu mau latihan afirmasi. Baiklah ibu, bagaimana jika nanti pukul 11.00 wib saya akan datang lagi, kita diskusikan cara mengontrol perasaan ketidak berdayaan ibu. Selamat pagi ibu.....

Butlah SP pertemuan ke-2 pasien tentang evaluasi kehilangan, manfaat pengembangan harapan positif dan latihan mengobrol perasaan kehilangan

SP pertemuan keluarga , SP 1 Keluarga : Fase Orientasi

“Selamat pagi Mba, perkenalkan nama perawat Rosita , nama panggilan saya perawat Ita , saya perawat yang dinas diruangan ini, hari ini saya dinas shift pagi dari pukul 07.30-14.00 wib yang merawat keluarga ibu / mbak. Nama mbak siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan mbak...., yang menunggu ibu hari ini? Apa yang sedang mbak pikirkan tentang ibu? Baiklah mbak...., bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang perasaan mbak..... dan cara merawat ibu dengan baik. Tujuannya adalah agar mbak.... dapat merawat ibu dan memberikan semangat ke Ibu sehingga

mempercepat penyembuhan penyakitnya? Berapa lama kita diskusi? Tempatnya dimana mba....?”
Bagaimana kalau disini saja, waktunya 20 menit.

Fase Kerja :

“Apa yang sering dikeluhkan oleh ibu.....? ohh ya ibu merasa frustasi dengan penyakitnya, jadi ibu sudah dua tahun menderita Diabetes, ibu merasa sudah melakukan diet yang dianjurkan dokter, dan sudah melakukan olah raga, namun gula darah ibu sulit kembali normal..... ibu juga merasa tidak mampu mengendalikan penyakitnya, sehingga ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Ibu merasa tertekan, stress. Nah... tanda-tanda itu yang dinamakan kehilangan. Ibu .. sudah mengetahui pikiran atau stress juga berpengaruh pada kemampuan tubuh dalam mengontrol gula darah. Menurut mbak, apa yang rasanya belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Mengelola pikiran... bagus jika ibu mbak dapat menyadarinya. Baiklah mbak..., berarti setelah ini mbak harus mampu mengelola pikiran ibu agar tidak stress. Dan jangan lupa mbak..., manusia harus mampu berusaha, dan Tuhan yang menentukan apakah hasil upaya kita sesuai dengan harapan kita atau tidak. Namun kita selalu berdoa yang terbaik. Baiklah mbak.. agar kita terus semangat dalam mengupayakan pengobatan, kita dapat mengembangkan harapan positif. Nama latihannya adalah afirmasi positif. Misalnya apa yang ibu harapkan dengan kondisi ini? Sembuh.... berserah diri pada Tuhan..... terus bersabar. Nahh...harapan-harapan ini dapat ditanamkan dalam pikiran dan hati ibu, ibu katakan pada diri ibu “memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya, saya terus menerus mengandalkan pola hidup sehat, minum obat teratur saya yakin suatu saat gula darah saya akan terkontrol..... semua saya serahkan pada Tuhan”..... kalimat tersebut namanya kalimat afirmasi.

Terminasi

Bagaimana perasaan mbak.... setelah kita diskusi? Coba sebutkan kembali kalimat afirmasi ... berapa kali sehari mbak... akan melatih ibu untuk latihan afirmasi. Baiklah mbak, bagaimana jika nanti pukul 11.00 saya datang lagi, kita dikusi tentang cara mengontrol perasaan ketidak-berdayaan. Selamat pagi
.....

Buatlah SP pertemuan ke-2 keluarga tentang evaluasi peran keluarga merawat pasien, cara latihan mengontrol perasaan kehilangan dan *follow up*

1. Pertahankan rasa percaya keluarga dengan mengucapkan salam, menanyakan peran keluarga merawat pasien dan kondisi pasien
2. Membuat kontrak ulang : latihan lanjutan cara merawat dan *follow up*
3. Menyertakan keluarga saat melatih pasien latihan mengontrol perasaan tidak berdaya
4. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan di rumah, *follow up* dan kondisi pasien yang perlu dirujuk (klien tidak mau terlibat dalam perawatan diri) dan cara merujuk pasien.

Lahitan ke- 2

1. Buatlah kasus fiktif pasien dengan kehilangan dan kerjakanlah soal dibawah ini
2. Buatlah asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan
3. Buatlah pohon masalah pada pasien dengan kehilangan
4. Buatlah LP dan buatlah SP pada pasien dengan kehilangan
5. Buatlah SP dan lakukanlah demonstrasi dengan teman anda

Petunjuk latihan

Petunjuk : untuk mampu menjawab pertanyaan diatas, anda harus mempelajari kembali materi asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan dan contoh-contoh seperti pada kegiatan belajar pada pasien dengan kehilangan.

Uji keterampilan : Format penilaian

A. Penilaian SP

ASKEP YANG DINILAI	NILAI				KET
	ya	tidak			

Fase Orientasi						Berilah nilai di masing-masing item dengan angkat : 1 = ya 0 = tidak
1.	Mengucapkan salam					
2.	Memperkenalkan diri					
3.	Menjelaskan kontrak <ul style="list-style-type: none">• Waktu• Tempat• Tujuan					
Fase Kerja						
1.	Evaluasi dan validasi <ul style="list-style-type: none">• Menjelaskan hasil observasi					
2.	Memberikan intervensi sesuai dengan kondisi klien <ul style="list-style-type: none">• Klien• Keluarga					
3.	Mendemonstrasikan keterampilan sesuai dengan intervensi yang di berikan					
	Fase Terminasi					
1.	Evaluasi <ul style="list-style-type: none">• Subyektif• Obyektif					
2.	Rencana tindak lanjut <ul style="list-style-type: none">• Pasien• Keluarga Perawat					
Total						

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total Skor}}{18} \times 100$$

B. Penilaian sikap terapeutik

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian		Ket
		Ya	Tidak	
1	Duduk berhadapan			Berilah nilai di masing-masing item dengan angka : 1 = ya
2	Kontak mata			
3	Membungkuk kearah pasien			
4	Mempertahankan sikap terbuka <ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyilangkan kaki 			

	• Tidak melipat tangan			0 = tidak
5	Rileks			
6	Suara jelas			

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{18} \times 100$$

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Nilai A} + \text{Nilai B}}{2}$$

C. Penilaian laporan

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian				Ket
		1	2	3	4	
1	Seluruh data dan informasi pasien di laporkan					Berilah nilai di masing-masing item dengan angka 1 = kurang 2 = cukup 3 = baik 4 = sangat baik
2	Diagnosa perawat sesuai dengan kasus pasien					
3	Perencanaan psien sesuai dengan diagnosa keperawatan					
4	Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dilaporkan					
5	Catatan keperawatan pasien ditandatangani					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{5} \times 100$$

D. Lembar observasi Askep pada klien dengan masalah psikososial

Evaluasi

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji

Tempat :

- Berikan tanda $\sqrt{\quad}$ pada kelompok K (kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya

berikan tand pada kolom BK (belum kopeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya

- b. Apabila anda telah merasa mampu, maka mintalah dosen/pembinign untuk melakukan supervisi kemampuan anda
- c. Tanyakan pada penguji bila ada hal-hal yang belum dimengerti

Nama Mahasiswa.....		Tanggal.....			
Nama Penguji :					
1		2			
Nomor :					
Judul Unit : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial :					
NO	Sub kompetensi	Kriteria pencapaian kompetensi	Skala		Ket
			Y/K	T/BK	
1	Melakukan pengkajian	1. Mengobservasi perilaku pasein yang di identifikasi 2. Menerapkan asuhan keperawatan legal, nilai dan moral, norma dan budaya dalam pengkajian diterapkan 3. Teknik komunikasi terapeutik yang diterapkan 4. Prosedur pengkajian yang ditunjukkan 5. Masalah pasien yang di indentifikasi			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan	Diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial yang di identifikasi			
3	Membuat rencana keperawatan	1. Tujuan tindakan keperawatan pasien dirumuskan 2. Indikator hasil asuhan keperawatan dirumuskan 3. Rencana tindakan keperawatan pasien yang disusun 4. Rencana tindakan keperawatan yang di prioritaskan			

4	Melaksanakan tindakan kolaboratif	1. Indikasi tindakan kolaboratif (terapi psikofarmaka) pasien ansietas yang diidentifikasi 2. Tindakan kolaboratif terapi psikofarmaka pasien dapat ditunjukkan 3. Evaluasi dan tindak lanjut dilakukan			
5	Melaksanakan evaluasi keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Inkatru keberhasilan tujuan keperawatan diidentifikasi 2. Evaluasi sesuai kriteria tujuan dilakukan 3. Kesimpulan hasil perawatan dibuat 4. Tindak lanjut asuhan keperawatan dirumuskan			
6	Melaksanakan dokumen asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Seluruh data dan informasi pasien didokumentasikan 2. Diagnosa keperawatan didokumentasikan 3. Perencanaan pasien terdokumentasi 4. Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dicatat 5. Catatan keperawatan ditandatangani			
	Rekomendasi				
	Catatan	Pembimbing I			
	Catatan	Pembimbing II			
	Tanda tangan mahasiswa				

Penilaian praktikum

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji :

Tempat :

1. Berikan tanda √ pada kelompok K (kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda √ pada kolom BK (belum kompeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya

SUB KOPETENSI	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	PENILAIAN		VALIDASI PENGUJI
		K	BK	
Malakukan pengkajian	1. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada klien dengan masalah psikososial 2. Mengidentifikasi perilaku abnormal pasien 3. Menerapkan prinsip legal dan nilai, moral, etika dan norma budaya pengkajian masalah psikososial 4. Memperhatikan teknik komunikasi terapeutik asuhan keperawatan masalah psikososial 5. Menunjukkan prosedur pengkajian masalah psikososial 6. Memperhatikan aspek/ komponen pentingnya pengkajian masalah psikososial 7. Mengidentifikasi masalah psikososial			
Merumuskan diagnosa keperawatan	1. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial 2. Menunjukkan struktur diagnosa keperawatan 3. Menuliskan struktur diagnosa yang rasional			
Membuat perencanaan	1. Merumuskan tujuan asuhan keperawatan			

pada tahap berikutnya				
Saran perbaikan	Nama mahasiswa Tanda tangan Mahasiswa			

Mahasiswa dinyatakan kompeten bila seluruh komponen ini dinyatakan kompeten oleh pembimbing/tutor/dosen. Bila ada salah satu komponen yang belum kompeten, maka mahasiswa diharuskan melakukan praktikum kembali.

Rangkuman

Modul praktikum ini membahas tentang mengenai asuhan keperawatan pada pasien kehilangan. Pengkajian dilakukan dengan wawancara maupun observasi. Hasil pengkajian selanjutnya dikelompokkan dan ditetapkan masalah keperawatan. Prioritas tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien saat ini dan sekarang. Evaluasi merupakan tindakan terakhir dari pemberian asuhan keperawatan. Anda harus mengevaluasi respon pasien secara subyektif selanjutnya anda harus menganalisa hasil evaluasi dan selanjutnya membuat perencanaan untuk pasien dan perawat untuk mengurangi masalah yang dialami pasien dengan melanjutkan tindakan keperawatan yang telah diajarkan.

Tes Formatif 3

1. Seorang laki-laki umur 45 tahun menangis terus menerus, tampak syok, karena istrinya meninggal secara tiba-tiba. Pasien tersebut menyangkal “tidak mungkin istri saya meninggal, tadi pagi masih ngobrol dengan saya” Apakah tahap pada pasien tersebut ?

- a. Denial
 - b. Anger
 - c. Bargaining
 - d. Depresi
 - e. Acceptance
2. Data subyektif yang anda dapatkan pada pasien kehilangan adalah
 - a. Pasien mengatakan baru kehilangan orang yang dicintai
 - b. Pasien menolak pengobatan
 - c. Pasien tampak menangis
 - d. Pasien tampak marah
 - e. Pasien tampak sedih
3. Data obyektif yang anda dapatkan pada pasien kehilangan adalah
 - a. Pasien mengatakan tidak dapat berpikir dan tidak bersemangat
 - b. Mengatakan kebahagiaan jiwanya telah hilang bersama dengan orang yang dicintai
 - c. Pasien mengatakan baru kehilangan orang yang dicintai
 - d. Pasien mengatakan tidak mau pengobatan
 - e. Pasien tampak menangis
4. Asuhan keperawatan pada pasien kehilangan dilakukan melalui tahapan
 - a. Pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
 - b. Pengkajian dan perencanaan
 - c. Pengkajian dan evaluasi
 - d. Pengkajian
 - e. Dokumentasi
5. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien kehilangan adalah
 - a. Pasien dapat menerima kehilangan dengan wajar
 - b. Pasien dapat melakukan kegiatan sehari-hari
 - c. Pasien masih memikirkan kehilangan
 - d. Pasien menyalahkan tim kesehatan
 - e. Pasien menyalahkan diri sendiri

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban tes format 1 yang terdapat bagian akhir modul praktikum ini. Hitunglah jawaban. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN}}{\text{JUMLAH}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan :

90-100% = baik sekali

80-89 % = baik

70-79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80 % atau lebih, Bagus, saudara dapat meneruskan dengan kegiatan praktikum ke-2. Tetapi bila masih di bawah 80 % saudara harus mengulangi materi kegiatan praktikum-1 ini, terutama bagian yang belum dikuasai.

Tugas ter-struktur

Kasus Fiktif ke-2:

Seorang pasien perempuan umur 28 tahun bekerja sebagai sekretaris pada suatu perusahaan internasional. Pasien akan dilakukan operasi pengangkatan payudara kiri karena kanker. Hasil

pengkajian didapatkan data pasien tampak murung, tidak mau makan apa yang disajikan. Menurut orang tua pasien setelah di diagnosa kanker dan akan dilakukan pengangkatan payudara, pasien menjadi pendiam, murung, tidak mau memulai pembicaraan dan bila menjawab hanya seperlunya. Menurut orang tua pasien tidak dapat tidur sejak dua hari yang lalu dan sering menangis pada malam hari. Padahal selama ini pasien merupakan anak yang ceria dan banyak bercerita tentang kejadian yang dialami selama pasien meninggalkan rumah untuk bekerja atau beraktifitas. Hasil pemeriksaan didapatkan dari TD 130/90 mmHg, Nadi 90 x/menit, pasien lebih banyak mendominasi pembicaraan dan selalu bertanya tentang penyakitnya. Fokus pertanyaan hanya berkisar kepada bagaimana operasi pengangkatan payudara. Pasien telah diajarkan mengenai ansietas dengan cara mengatasi ansietas dengan tarik napas dalam.

Tugas : Pergunakanlah format pengkajian pada akhir modul ini

1. Buatlah laporan pendahuluan khusus diatas
2. Lakukan pengkajian untuk masalah psikososial sesuai format yang ada dan lengkapi data pasien untuk dapat melengkapi diagnosa ansietes
3. Buatlah strategi pelaksanaan untuk khusus diatas pada pertemuan yang kedua yaitu mengajarkan suatu kemampuan yang kemampuan berbahasa asing
4. Lakukan analisa dan masalah keperawatan
5. Buatlah pohon masalah
6. Tetapkanlah tindakan keperawatan dengan teknik serta cara spiritual
7. Lakukan evaluasi keperawatan
8. Lakukan dokumentasi keperawatan

KUNCI JAWABAN

Kunci Jawaban Pre-Post Tes Ansietes

1. A
2. C

3. E

4. A

5. D

Kunci Jawaban Pre-Post Tes Gangguan Citra Tubuh

1. C

2. D

3. D

4. C

5. C

Kunci Jawaban Pre- Post Tes Kehilangan

1. A

2. A

3. E

4. A

5. A

Daftar Pustaka

Keliat, B.A., dkk. 2005. *Modul Basic Course Communiy Mental-Psychiatric Nursing*.

Jakarta: Tidak diterbitkan

Rawlins,R.P., William,S.R., Bec, C.M.,1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a*

Holistic Life Cicle Approach, Mosby Year Book, London

Struart, G.W., M.T., 2013, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 6 th

Edition, Mosby, St. Louis

TIM Jiwa FIK UI dan RSMM (2009). Modul Pelatihan Keperawatan Jiwa

Town, M.c. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Membuat Rincian Keperawatn*, Jakarta: EGC

MODUL 2

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH (HDR), ISOLASI SOSIAL DAN HALUSINASI

A. PENDAHULUAN

Salam sejahtera, selamat berjumpa kembali dengan modul praktikum asuhan keperawatan jiwa yang berisi tentang praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi. Penulis yakin saudara akan dapat dengan mudah mempelajari modul ini. Karena materi dalam modul ini dibuat sangat terperinci dan sistematis serta berisi contoh-contoh. Menggunakan bahasa Indonesia yang mudah dimengerti serta dilengkapi dengan berbagai contoh yang ada di lingkungan saudara sehingga saudara dapat belajar secara nyata. Saudara didorong untuk melakukan pengkajian awal pada pasien dengan harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi dengan mengisi format pengkajian yang telah ditentukan, menentukan diagnosa keperawatan, menentukan rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan dengan menggunakan SP komunikasi, menunjukkan sikap terapeutik dan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada situasi tertentu sesuai kasus menggunakan pasien model yang telah disiapkan sebelumnya. Disini ada dua orang sebagai pasien model akan bermain peran sebagai orang sakit atau orang yang membutuhkan pelayanan untuk memvisualisasikan kondisi yang mirip keadaan sesungguhnya dan satu perawat yang mampu melakukan pengkajian pada pasien tersebut. Untuk praktek dilaboratorium akan dilakukan pada pasien, dimana mahasiswa didorong untuk melakukan komunikasi pada situasi nyata. Sebelum melakukan/mempraktekan interaksi dan komunikasi, saudara harus mempersiapkan diri dengan membuat skenario SP komunikasi terapeutik sesuai fase-fase berhubungan/komunikasi yang akan digunakan saat melakukan interaksi atau berkomunikasi dengan pasien harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi. Pada kegiatan praktikum ini, saudara akan belajar asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi. Pembahasan modul kegiatan praktikum ini terdiri dari:

I. Materi pokok praktikum

Pokok-pokok materi kegiatan praktikum 1 terdiri dari:

1. Cara membuat rencana LP dan SP pada kasus fiktif yang ada pada modul praktikum ini
2. Cara melakukan pengkajian pada pasien harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi dan mempraktekan komunikasi terapeutik sesuai dengan SP yang saudara buat.
3. Cara menetapkan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian.
4. Latihan melaksanakan tindakan sesuai keperawatan sesuai dengan rencana.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah saudara lakukan dan.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

II. Aktivitas / tugas mahasiswa

1. Sebelum saudara memulai mempelajari kegiatan praktikum ini sebaiknya saudara telah memahami kegiatan belajar asuhan keperawatan pada harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi dengan baik, banyaklah berdiskusi dengan teman saudara. Jika dalam diskusi dengan teman, saudara masih memiliki beberapa pertanyaan yang tidak terjawab mintalah bantuan pembimbing untuk menjelaskan kembali, sehingga pemahaman saudara menjadi semakin baik.
2. Buatlah LP, pahami dengan baik cara membuat laporan LP sesuai dengan petunjuk yang ada.
3. Buatlah SP sesuai dengan kasus yang saudara temui pada latihan di modul pratikum ini.
4. Buatlah analisa data dan rumuskanlah masalah keperawatan sesuai dengan kasus yang ada.
5. Selanjutnya buatlah pohon masalah berdasarkan analisa data yang telah ada dan tetapkanlah diagnosa keperawatan utama pada kasus yang ada.
6. Lakukanlah latihan dengan teman saudara sesering mungkin untuk memberikan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah saudara lakukan.
7. Latihanlah bersama teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah dengan cara mengidentifikasi kemampuan pasien, membuat jadwal kegiatan harian dan mengajarkan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien.
8. Latihanlah dengan teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial dengan cara menjelaskan keuntungan dan kerugian bila tidak berinteraksi, mengajarkan berkenalan dengan orang lain dan kelompok.
9. Latihanlah dengan teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien halusinasi, cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
10. Saudara dapat menemui pembimbing untuk dapat bimbingan, masukan dan penilaian jika saudara telah merasa mampu untuk berinteraksi. Buatlah asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi.

III. Prasyarat instruktur/ pembimbing praktikum

1. Jumlah
Setiap kelompok dibimbing oleh satu orang pembimbing. Jumlah anggota kelompok maksimal 6-10 orang
2. Institusi
Pembimbing dapat berasal dari institusi pendidikan DIII Keperawatan atau Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan atau RS Jiwa

3. Kualitas pembimbing

- a. Berpendidikan minimal Sarjana Keperawatan (Ners)
- b. Berstatus sebagai dosen atau instruktur klinik
- c. Memiliki sertifikat dosen atau sertifikar instruktur klinik
- d. Memiliki pengalaman kerja pendidikan keperawatan jiwa minimal 3 tahun
- e. Memiliki pengetahuan yang baik dan luas tentang keperawatan jiwa

VI. Teknik pelaksanaan bimbingan

1. Tugas pembimbing

- a. Mengidentifikasi kesulitan yang mahasiswa hadapi dalam mempelajari modul praktikum klinik.
- b. Mengidentifikasi kesulitan mahasiswa dalam melakukan tugas-tugas latihan
- c. Melakukan *pre confrence* dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang ada pada LP yang telah mahasiswa buat untuk menilai sejauh mana mahasiswa memahami kasus tersebut.
- d. Mintalah mahasiswa untuk menjelaskan SP yang akan mereka lakukan terhadap pasien harga diri rendah, isolasi sosial dan halusinasi
- e. Mendemonstrasikan dan menjelaskan cara melakukan pengkajian, analisis data, cara merumuskan masalah, cara membuat pohon masalah, *core problem* dan prioritas diagnosa keperawatan.
- f. Memberikan contoh aplikasi latihan SP tindakan keperawatan.
- g. Melakukan diskusi terhadap masalah-masalah yang dihadapi oleh mahasiswa

2. Teknis bimbingan

- a. Bagilah jumlah mahasiswa kedalam beberapa kelompok besar
- b. Setiap kelompok terdiri dari 6-10 orang mahasiswa
- c. Bagilah mahasiswa dalam kelompok-kelompok kecil dan buatlah berpasangan. Sehingga dalam kelompok besar ada 3-5 kelompok kecil
- d. Mintalah mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus fitif yang ada pada modul ini. Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa, buatlah beberapa kasus fiktif yang lain sesuai dengan kasus yang ada sering ditemui dilahan praktik. Contoh membuat kasus dapat anda pelajari dari contoh kasus modul ini
- e. Selanjutnya mintalah mahasiswa untuk membuat strategi pelaksanaan sesuai dengan kasus yang ada
- f. Periksaah setiap LP dan SP yang telah dibuat mahasiswa

- g. Mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan diawal praktikum. Langkah pertama tetapkanlah mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien
- h. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial : ansietas, gangguan citra tubuh, dan kehilangan sesuai dengan SP yang telah dibuat mahasiswa
- i. Mintalah mahasiswa untuk berlatih menerapkan strategi pelaksanaan dan nilai-lah kemampuan mereka. Sebelum anda memberikan penilaian mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan memberikan asuhan keperawatan. Untuk menilai obyektifitas penilaian mintalah penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa
- j. Selanjutnya mintalah mahasiswa anda untuk bertukar peran yang pada awalnya berperan sebagai perawat jiwa sekarang berperan sebagai pasien dan yang berperan sebagai pasien sekarang berperan sebagai perawat jiwa
- k. Lakukanlah semuanya ini untuk seluruh kelompok anda hingga seluruh materi praktikum selesai
- l. Buatlah penilaian atau evaluasi terhadap kemampuan mahasiswa sesuai dengan format yang ada pada kegiatan praktikum ini.

V. Tempat Praktikum

Praktikum ini tidak memerlukan ruangan khusus, ruangan praktikum dapat mempergunakan ruangan yang ada asalkan ruangan tersebut tidak berisik dan tidak banyak orang yang berlalu lalang sehingga tidak akan mengganggu jalannya praktikum.

VI. Alokasi Waktu Praktikum

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan praktikum ini adalah 6×170 menit. Berikut ini adalah rincian alokasi waktu praktikum asuhan keperawatan ansietas pada setiap satu kasus

NO	Kegiatan Praktikum/Aktivitas	Durasi
1	Membuat laporan pendahuluan	10 menit
2	Membuat strategi pelaksanaan	10 menit
3	Membuat asuhan keperawatan	40 menit

4	Melakukan <i>pre confrence</i> dan pembimbing mendemonstrasikan cara melakukan asuhan keperawatan	15 menit
5	Mahasiswa mendemonstrasikan kembali cara melakukan asuhan keperawatan dengan berpasangan	85 menit
6	Malakukan <i>post confrence</i> , evaluasi dan memberikan umpan balik serta penilaian	10 menit
	Total	170 menit

VII. Penilaian

Berikut ini adalah petunjuk penilaian praktikum. Pembimbing anda akan memberikan penilaian sesuai dengan bobot dibawah ini.

Bobot penilaian :

NO	Unsur yang dinilai	Proporsi(%)
1	Kehadiran	10
2	Laporan pendahuluan	10
3	Strategi pelaksanaan	10
4	Praktikum	60
5	Laporan praktikum	10
	Total	100

VIII. Tata Tertib Praktikum

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum

1. Untuk mahasiswa

- Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
- Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *name-tag*

- c. Diwajibkan menggunakan sepatu, bila pembimbing anda menginginkan melepaskan sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka anda wajib mematuhi
- d. Pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
- e. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
- f. Semua kelengkapan untuk praktikum harus anda siapkan seperti format LP, format SP, dan format usaha keperawatan serta lembar evaluasi
- g. Selama kegiatan praktikum berlangsung anda diberi kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.

2. Untuk pembimbing

- a. Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
- b. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *name tag*
- c. Pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
- d. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata kuliah
- e. Selama kegiatan praktikum berlangsung anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

3. Modul ini berisikan 3 kegiatan belajar yaitu:

1. Kegiatan belajar 1: Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah.
 2. Kegiatan belajar 2: Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial
 3. Kegiatan belajar 3: Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- Seringkali saudara mendengar pasien di rumah sakit jiwa yang selalu mengatakan “suster seluruh keluarga saya sukses, hanya saya yang tidak sukses karena saya adalah orang yang paling bodoh di rumah” atau pasien mengatakan “tidak ada satu hal dalam diri saya yang dapat dibanggakan”. Bila saudara perhatikan, pada saat mengungkapkan kata-kata tersebut pasien selalu menunduk, tidak mau menatap lawan bicara, kontak mata minimal. Nada suara lirih, pelan dan nyaris tidak terdengar. Hasil pengkajian menunjukkan pasien sering kali tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar, lebih banyak menyendiri dan bahkan hanya duduk merenung sepanjang hari disudut ruangan. Kondisi diatas sangat mempengaruhi produktivitas

karena pasien terlalu sibuk dengan dirinya sendiri dan tidak mau melakukan kegiatan apapun sehingga pasien menjadi beban bagi keluarga dan lingkungan.

4. Tujuan pembelajaran umum pada kegiatan praktikum-1 adalah saudara mampu mempratekkan dilaboratorium cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah. Sedangkan tujuan khususnya adalah saudara mampu:
 - a. Melakukan asuhan pasien dengan harga diri rendah
 - b. Menguraikan langkah-langkah proses perawatan harga diri rendah:
 - 1) Lakukan pengkajian harga diri rendah
 - 2) Menetapkan diagnosa keperawatan harga diri rendah
 - 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien harga diri rendah
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien harga diri rendah
 - 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien harga diri rendah
 - 6) Mendokumentasikan hasil Askep pasien harga diri rendah

Untuk membantu saudara memahami kegiatan praktikum ke-2, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut: sebagai makhluk sosial setiap manusia memiliki kebutuhan akan dihargai, dicintai, dimengerti, dan diterima oleh lingkungannya. Kebutuhan ini akan terpenuhi jika manusia melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar. Pasien isolasi sosial mengalami hambatan dalam berinteraksi orang lain, sehingga pasien memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan khususnya perawat agar mampu melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan pada akhirnya kebutuhan sebagai makhluk sosial terpenuhi.

Kegiatan belajar dibawah ini, akan membahas asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial. Tujuan pembelajaran ini adalah agar saudara mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien agar mampu melakukan interaksi isolasi sosial dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya, selain itu keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien isolasi sosial dirumah. Sedangkan tujuan khusus dari kegiatan praktikum ke-2 adalah :

Saudara mampu :

- a. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial
- b. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan isolasi sosial
 - 1) Lakukan pengkajian pada pasien isolasi sosial

- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan isolasi sosial
- 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien isolasi sosial
- 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien isolasi sosial
- 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien isolasi sosial

Untuk membantu saudara memahami kegiatan praktikum ke-3, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut : setiap orang mempunyai khayalan. Khayalan tersebut harus disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan manusia. Pasien yang mengalami halusinasi mengatakan melihat sesuatu atau orang lain yang mengajak ber-interaksi dan sangat diyakini. Sehingga perawat harus mampu mengajarkan cara mengontrol halusinasi. Saudara dapat melihat pada pasien yang mondar-mandir, bicara sendiri dan lain-lain.

Kegiatan praktikum ke-3 ini, akan membahas asuhan keperawatan pada pasien halusinasi. Tujuan pembelajaran ini adalah agar saudara mampu memberikan asuhan keperawatan halusinasi dan keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien di rumah sedangkan tujuan khusus dari kegiatan praktikum ke-3 adalah :

Saudara mampu :

- a. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi
- b. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan pasien halusinasi
 - 1) Lakukan pengkajian halusinasi
 - 2) Menyusun diagnosis keperawatan halusinasi
 - 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien halusinasi
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien halusinasi
 - 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien halusinasi
 - 6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien halusinasi

Untuk menilai kemampuan saudara menjawab soal yang ada pada akhir modul ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas. Saudara dinyatakan lulus bila telah mampu menjawab 80 % (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal. Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami modul ini kurang lebih 2 x 120 menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya, sukses untuk saudara dan selamat belajar.

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat saudara mencoba mempraktekkan atau mendemonstrasikan komunikasi dan interaksi dengan pasien harga diri

rendah, isolasi sosial dan halusinasi. Modul ini berisi petunjuk praktikum yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan pasien.

Adapun hal-hal yang harus saudara persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa saudara telah memahami
3. Membuat skenario interaksi/ komunikasi pada pasien harga diri rendah dan isolasi sosial sesuai fase-fase hubungan/komunikasi mulai fase pra-interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi
4. Menyiapkan pasien untuk model yang akan memainkan peran sebagai pasien sesuai kasus dan skenario
5. Lakukan latihan-latihan yang dianjurkan
6. Praktekkan/ demonstrasikan komunikasi sesuai skenario yang telah dibuat
7. Catat kesulitan yang saudara alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Agar proses pembelajaran saudara dapat berjalan dan berhasil secara efektif, maka ikuti langkah-langkah sebagai berikut:

1. Saudara mempersiapkan diri dan alat tulis, format pengkajian, format evaluasi
2. Saudara sudah membuat strategi komunikasi sesuai dengan tahap-tahapnya mulai dari fase orientasi sampai ke terminasi pada pasien harga diri rendah sesuai SP 1-SP 2 baik untuk individu maupun untuk keluarga.
3. Mempersiapkan diri untuk bermain peran dalam melakukan Asuhan keperawatan terhadap pasien dan keluarga (pelaku rawat). Menentukan temannya sebagai model dan perawatnya.
4. Bermain peran dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dan keluarga (pelaku perawat).
5. Memperhatikan dengan seksama, mendengar dan mencatat tentang hasil evaluasi dari fasilitator.
6. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

5. Langkah 1 praktikum asuhan keperawatan harga diri rendah

Kegiatan praktik lapangan berlangsung selama 45 menit sebagai berikut:

1. Kegiatan fasilitator
 - a. Melakukan konferensi awal (*pre conference*).

- b. Memberi kesempatan pada peserta untuk melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dan keluarga (pelaku perawat)
 - c. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada saat peserta melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dan keluarga (pelaku perawat).
 - d. Melakukan evaluasi dan memberikan masukan kepada peserta setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dan keluarga (pelaku perawat).
 - e. Melakukan koferensi akhir (*post conference*).
2. Kegiatan peserta
- a. Membuat laporan pendahuluan (LP), strategi pelaksanaan (SP), dan rencana harian.
 - b. Mengikuti konverensi awal (*pre conference*)
 - c. Melakukan asuhan keperawatan pasien dan keluarga (pelaku rawat)
 - d. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan
 - e. Mengikuti konferensi akhir (*post conference*).

Kami mengharapkan, saudara dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktikum dalam modul ini dengan baik.

“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT SAUDARA”

KEGIATAN PRAKTIKUM 1

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah

Tentu saudara masih ingat setelah belajar pada modul sebelumnya tentang Asuhan keperawatan harga diri rendah saat belajar di kelas . Saudara mengetahui tanda dan gejala pada pasien yang mengalami harga diri rendah. Pasien mengatakan : “saya orang bodoh , tidak ada satupun dalam diri saya yang bisa saya banggakan , saya orang paling menderita di dunia ini ,saya dijauhi oleh teman-teman saya, saya malas melakukan kegiatan sehari-hari”. Tindakan keperawatan apa yang

harus saya lakukan? Untuk membantu saudara mengetahui cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah pelajariilah kegiatan belajar 1 ini dengan baik.

Landasan teori konsep harga diri rendah

1. Pengkajian harga diri rendah

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (pelaku perawat). Tanda dan gejala harga diri rendah dapat ditemukan melalui wawancara dengan pertanyaan sebagai berikut:

- a. Bagaimana penilaian saudara tentang diri sendiri?
- b. Coba ceritakan apakah penilaian saudara terhadap diri sendiri yang dapat mempengaruhi hubungan saudara dengan orang lain?
- c. Apa yang menjadi harapan saudara?
- d. Apa saja harapan yang telah saudara capai?
- e. Apa saja harapan yang belum berhasil saudara capai?
- f. Apa upaya yang saudara lakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?

2. Tanda dan gejala

Ungkapan negatif tentang diri sendiri merupakan salah satu tanda dan gejala harga diri rendah didapatkan dari data subyektif dan obyektif, seperti tertera dibawah ini.

Data subyektif: pasien mengungkapkan tentang:

- a. Hal negatif diri sendiri atau orang lain
- b. Perasaan tidak mampu
- c. Pandangan hidup yang pesimis
- d. Penolakan terhadap kemampuan diri
- e. Mengevaluasi diri tidak mampu mengatasi situasi

Data obyektif:

- a. Penurunan produktivitas
- b. Tidak berani menatap lawan bicara
- c. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
- d. Bicara lambat dengan nada suara lemah
- e. Bimbang, perilaku yang non asertif
- f. Mengekspresikan tidak berdaya dan tidak berguna

Menurut CMHN (2006) karakteristik dan gejala harga diri rendah adalah:

- a. Mengkritik diri sendiri
- b. Perasaan tidak mampu
- c. Pandangan hidup yang pesimis
- d. Penurunan produktivitas
- e. Penolakan terhadap kemampuan diri
- f. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapih, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

Townsend (1998), menambahkan karakteristik pasien dengan harga diri rendah adalah:

- a. Ekspresi rasa malu atau bersalah
- b. Ragu-ragu untuk mencoba hal-hal baru atau situasi-situasi baru
- c. Hipersensitifitas terhadap kritik.

3. Diagnosa keperawatan harga diri rendah

Diagnosis keperawatan dirumuskan tanda dan gejala harga diri rendah yang ditemukan. Pada pasien gangguan jiwa, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah: Harga diri rendah.

4. Rencana tindakan keperawatan harga diri rendah

Tindakan keperawatan harga diri rendah dilakukan terhadap pasien dan keluarga/pelaku yang merawat pasien. Saat melakukan di poli kesehatan jiwa, puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga.

Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi harga diri rendah yang dialami pasien. Setelah perawat selesai melatih pasien maka perawat kembali menemui dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dan tugas yang perlu keluarga dilakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kegiatan yang telah diajarkan oleh perawat untuk mengatasi harga diri rendah.

a. Tindakan keperawatan untuk pasien harga diri rendah

Tujuan: pasien mampu:

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 3) Menilai kemampuan yang dapat digunakan
- 4) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
- 5) Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
- 6) Merencanakan kegiatan yang telah dilatihnya

Tindakan keperawatan:

1. Membina hubungan saling percaya, dengan cara:
 - a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b. Perkenalkan diri dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai
 - c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d. Buat kontrak asuhan: yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya dimana
 - e. Jelaskan bahwa akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah:

- a. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan).
 - b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan pemberian penilaian negatif setiap kali bertemu dengan pasien.
3. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

 - a. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
 - b. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang dingkapkan pasien.
 4. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Diskusikan kegiatan yang akan dipilih untuk dilatih saat pertemuan.
 - b. Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan.
 - c. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
 - d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari.
 - e. Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.
5. Membantu pasien dapat merencanakan krgiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
- b. Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari.
- c. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.
- d. Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga.
- e. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya pelaksanaan kegiatan.
- f. Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas dilakukan pasien.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan paien harga diri rendah

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien harga dir rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien. Silahkan saudara mencari/melihat pada modul teori tentang harga diri rendah.

5. Implementasi

Buatlah tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah. Buatlah strategi komunikasi bersama teman saudara kemudian latihan secara bergantian. Begitu seterusnya sampai strategi komunikasi dapat diperhatikan ke kelompok lain.

6. Dokumentasi hasil asuhan keperawatan

Setelah saudara melakukan tindakan baik ke pasien dan keluarga, maka saudara mendokumentasikan hasil tindakan kedalam catatan saudara dan dikumpulkan. Pendokumentasian asuhan keperawatan ini dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan dengan pasien dan keluarga. Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan harga diri rendah pada pertemuan pertama.

Latihan 1

1. Peragakan cara mengkajian pasien harga diri rendah
2. Masukkan tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah di format pengkajian
3. Masukkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah dalam format
4. Buat strategi komunikasi
5. Peragakan dan dokumentasikan seperti contoh pada modul sebelumnya

Petunjuk jawaban latihan 1

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajaryliah kembali cara melakukan pengkajian harga diri rendah.
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajaryliah kembali tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah.
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajaryliah kembali rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah.
4. Untuk menjawab pertanyaan no 4 pelajaryliah kembali cara membuat strategi komunikasi pada pasien dengan harga diri rendah.

Rangkuman 1

Latihan melakukan pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data terkumpul kemudian data di kelompokkan baik data subyektif maupun data obyektif, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah keperawatan. Buatlah daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan hasil pengkajian, lalu buat pohon masalah, dan tegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama).

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu:

1. Melakukan pengkajian
2. Menentukan data fokus dan menetapkan masalah keperawatan
3. Membuat rencana tindakan keperawatan
4. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana kerja strategi pelaksanaan
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
6. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga
7. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Pre-post test

Untuk mengetahui tingkat pemahaman saudara terhadap materi yang telah dipelajari perlu dilakukan suatu test formatif. Saudara telah dianggap telah memahami materi ini dengan baik bila mampu menjawab 80 % (setara dengan 80) total pertanyaan dibawah ini. Untuk itu jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memilih option yang paling tepat.

1. Tanda dan gejala harga diri rendah yang dapat ditemukan melalui observasi adalah:
 - a. Peningkatan produktivitas

- b. Tidak mau makan dan minum obat
 - c. Bicara lambat dengan nada suara lemah
 - d. Pasien menatap lawan bicara saat berinteraksi
 - e. Pasien mau membicarakan masalah yang dihadapi
2. Seorang perempuan usia 23 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau melakukan kegiatan sehari-hari, hanya duduk diam di kamar, bicara sangat lambat. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan tidak berguna, hanya sendiri yang tidak menjadi pegawai, selalu direndahkan oleh orang lain. Apakah diagnosis keperawatan pada pasien tersebut?
- a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Defisit perawatan diri
 - d. Halusinasi pendengaran
 - e. Risiko perilaku kekerasan.
3. Tujuan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah adalah
- a. Pasien mampu mengontrol halusinasi
 - b. Pasien mampu mengontrol rasa marah
 - c. Pasien mampu mengenal aspek positif dirinya
 - d. Pasien mampu berhubungan dengan orang lain secara bertahap
 - e. Pasien mampu mengontrol halusinasi cara minum obat dengan benar.
4. Bila tidak dilakukan tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah dengan benar dan berkelanjutan, maka akan berakibat munculnya diagnosa....
- a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Isolasi sosial
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Mencederai diri dan orang lain
5. Seorang perempuan umur 45 tahun dirawat di RSJ karena hanya berdiam dikamar, tidak mau berbicara. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan malu karena merasa tidak mampu mengurus keluarganya sehingga anaknya menjauhi pasien.

Suaminya sudah menceraikan pasien. Apakah yang penyebab harga diri rendah pasien tersebut?

- a. Halusinasi
- b. Kegagalan
- c. Harga diri rendah
- d. Perilaku kekerasan
- e. Defisit perawatan diri

Uji keterampilan 1

Lakukan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah sesuai dengan strategi pelaksanaan yang saudara buat. Persiapkan format penilaian.

Umpan Balik Dan Rencana Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat dibagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

- | | |
|---------|---------------|
| 90-100% | = baik sekali |
| 80-89% | = baik |
| 70-79% | = cukup |
| < 70% | = kurang |

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus!, saudara dapat meneruskan kegiatan pratikum 2. Tetapi jika masih dibawah 80%, saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial

Pada saat saudara berdinasi di RSJ atau pada saat kunjungan rumah untuk melakukan supervisi cara keluarga merawat pasien di rumah, seringkali saudara melihat pasien berjam-jam menyendiri disudut ruangan/rumah tidak melakukan kegiatan apapun. Pada saat berinteraksi kontak mata pasien minimal, pasien lebih banyak menunduk, suara lirih, dan tidak mampu memulai pembicaraan. Melihat kondisi pasien tersebut tentu saudara berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan? Mampu memulai pembicaraan saudara terlihat aktif dalam kegiatan serta aktivitas di rumah sakit atau di rumah. Agar saudara

mampu memberikan asuhan keperawatan maka pelajaryliah kegiatan praktikum 2 ini dengan sebaik-baiknya.

Landasan Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial

1. Pengkajian

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang harmonis.

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat ditemukan dengan wawancara, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

- a. Bagaimana perasaan saudara saat berinteraksi dengan orang lain?
- b. Bagaimana perasaan saudara ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang saudara rasakan? Apakah saudara merasa nyaman?
- c. Bagaimana penilaian saudara terhadap orang-orang di sekeliling saudara (keluarga atau tetangga)
- d. Apakah saudara memiliki anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarganya dan teman dekatnya itu?
- e. Apakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan saudara? Bila punya siapa anggota keluarganya dan teman yang tidak dekatnya itu?
- f. Apa yang membuat saudara tidak dekat dengan orang tersebut?

2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil obsevasi.

Data subyektif :

Pasien mengungkapkan tentang

- 1) Perasaan sepi
- 2) Perasaan tidak nyaman
- 3) Perasaan bosan dan waktu terasa lambat
- 4) Ketidakmampuan berkonsentrasi
- 5) Perasaan ditolak

Data obyektif :

- 1) Banyak diam
- 2) Tidak mau bicara
- 3) Menyendiri
- 4) Tidak mau berinteraksi
- 5) Tampak sedih
- 6) Ekspresi datar dan dangkal
- 7) Kontak mata kurang

3. Tindakan keperawatan isolasi sosial

Tindakan keperawatan pada isolasi sosial, dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di RSJ, poliklinik psikiatri, di Puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi isolasi sosial yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

Tujuan pasien mampu:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menyadari isolasi sosial yang dialaminya
3. Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
4. Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial

Tindakan keperawatan : buatlah strategi komunikasi untuk memudahkan saudara melakukan tindakan keperawatan kepada pasien tersebut.

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara :
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b. Berkenalan dengan pasien : perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien.
 - c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d. Buat kontrak asuhan : apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya dimana

- e. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
2. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial :
- a. Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - b. Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - c. Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
 - d. Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
 - e. Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien
3. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap :
- a. Jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
 - b. Berikan contoh cara berinteraksi dengan orang lain
 - c. Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan dihadapan perawat
 - d. Bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
 - e. Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan interaksi dengan dua orang, tiga, empat dan seterusnya.
 - f. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien
 - g. Latih pasien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan kegiatan rumah tangga
 - h. Latih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial misalnya : berbelanja, ke kantor pos, ke bank dan lain-lain
 - i. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

4. Evaluasi kemampuan pasien dan keluarga

- a. Evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dapat :
 - 1) Menjelaskan kebiasaan keluarga berinteraksi dengan pasien
 - 2) Menjelaskan penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Menyebutkan keuntungan bergaul dengan orang lain

- 4) Menyebutkan kerugian tidak bergaul dengan orang lain
 - 5) Memperagakan cara berkenalan dengan orang lain, dengan perawat, keluarga dan tetangga
 - 6) Berkomunikasi dengan keluarga saat melakukan kegiatan sehari-hari
 - 7) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial
 - 8) Menyampaikan perasaan setelah interaksi dengan orang tua
 - 9) Mempunyai jadwal bercakap-cakap dengan orang lain
 - 10) Merasakan manfaat latihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial
- b. Evaluasi kemampuan keluarga dengan pasien isolasi sosial berinteraksi apabila keluarga dapat :
- 1) Mengenal isolasi sosial (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial) dan mengambil keputusan untuk merawat pasien
 - 2) Membantu pasien berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Mendampingi pasien saat melakukan aktivitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkomunikasi
 - 4) Melibatkan pasien melakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosialisasi di lingkungan
 - 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk meningkatkan interaksi sosial
 - 6) Memantau peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi isolasi sosial.

5. Dokumentasi

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan isolasi sosial pada kunjungan kedua. Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial pada kunjungan ke-2

Tabel dokumentasi keperawatan

Implementasi	Evaluasi
Tgl..... bulan..... tahun..... pukul.....	

<p>Data pasien dan kemampuan:</p> <p>Pasien mengatakan masih malu bercakap-cakap dengan orang lain. Sudah mencoba latihan bercakap-cakap dengan adiknya saat adiknya datang ke rumahnya. Sudah kenalan dengan satu orang tetangga baru.</p> <p>data keluarga dan kemampuan :</p> <p>keluarga mengatakan sudah lebih paham dengan masalah ibunya yang sulit bergaul dengan orang lain, sudah mendampingi orang tuanya bercakap-cakap dengan tamu dan tetangga.</p> <p>DK :</p> <p>Isolasi sosial</p> <p>Intervensi :</p> <p>Tindakan pada pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih pasien berbicara saat melakukan kegiatan memasak dan mencuci piring bersama. 2) Melatih pasien berkenalan dengan dua orang kader kesehatan jiwa <p>Tindakan pada keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan kegiatan di rumah yang dapat dilakukan pasien sambil bercakap-cakap melatih keluarga membimbing pasien berbicara, berikan pujian <p>RTL :</p> <p>Pasien :</p>	<p>S : pasien</p> <p>Pasien mengatakan senang dapat berbicara dengan anaknya saat masak dan mencuci piring</p> <p>Pasien mengatakan senang kenal dengan dua orang kader kesehatan</p> <p>S : keluarga</p> <p>Keluarga mengatakan senang mendampingi pasien memasak, mencuci piring, dan berkenalan dengan kader</p> <p>O : pasien</p> <p>Pasien mampu berkenalan dengan dua orang kader dengan sikap tubuh dan verbal yang sesuai.</p> <p>Pasien mampu bertanya dan menjawab pertanyaan anaknya saat memasak dan mencuci piring</p> <p>O : keluarga</p> <p>Keluarga mampu mendampingi pasien saat melakukan kegiatan, tampak semangat, memberikan stimulus pada pasien saat berinteraksi</p> <p>A : isolasi sosial mulai teratasi</p> <p>P :</p> <p>Pasien</p> <p>Latihan berkenalan dengan dua orang tetangga yang belum dikenal</p> <p>Melakukan percakapan saat memasak dan mencuci piring setiap hari</p>
---	--

<p>Melatih berbicara saat melakukan kegiatan harian lain (2 kegiatan) melatih pasien berbicara dengan 4 atau 5 orang.</p> <p>Keluarga :</p> <p>Menjelaskan cara melatih pasien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan sosial berbelanja, dan melatih keluarga mendampingi pasien berbelanja</p>	<p>Keluarga :</p> <p>Mendampingi pasien berkenalan dengan dua tetangga lain terus mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan memasak, mencuci sambil berkomunikasi.</p>
---	---

Latihan 2

1. Jelaskan tanda dan gejala pasien isolasi sosial
2. Jelaskan faktor predisposisi dan presipitasi dari isolasi sosial

Petunjuk latihan 2

1. Untuk menjawab pertanyaan No 1 pelajarlilah kembali tanda dan gejala isolasi sosial
2. Untuk menjawab pertanyaan No 2 pelajari kembali mengenai faktor predisposisi dan presipitasi isolasi sosial

Rangkuman 2

1. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kegiatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan teknik komunikasi terapeutik.
2. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subyektif maupun data obyektif, maka masalah dapat dirumuskan. Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah, dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan *core problem*.
3. Menegakkan diagnosa berdasarkan prioritas.
 - a. Membuat rencana tindakan keperawatan
 - b. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana kerja strategi keperawatan
 - c. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter.
 - d. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga.
 - e. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Pre – Post Test

Test evaluasi formatif penting saudara kerjakan karena test ini bertujuan untuk menilai sejauh mana kemampuan saudara dalam memahami kegiatan asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial. Untuk itu kerjakanlah dan jawablah pertanyaan ini dengan memilih salah satu jawaban yang menurut saudara paling benar.

1. Seorang perempuan umur 34 tahun dirawat di RSJ karena senang menyendiri di kamar, tidak mau berbicara dengan orang lain, suara lambat, selalu menunduk.

Apakah diagnosis keperawatan pada pasien tersebut?

- a. Halusinasi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Harga diri rendah
 - d. Defisit perawatan diri
 - e. Risiko perilaku kekerasan.
2. Seorang perempuan umur 44 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial. Perawat sedang melakukan tindakan keperawatan dan telah terbina hubungan saling percaya. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
- a. Menilai kemampuan yang masih bisa digunakan
 - b. Berkenalan dengan satu orang
 - c. Menetapkan tujuan hidup
 - d. Menyusun jadwal kegiatan
 - e. Bergaul dengan orang lain.
3. Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut :
- a. Pasien tidak mau mengikuti kegiatan diruangan dan lebih banyak menyendiri
 - b. Pasien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
 - c. Pasien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
 - d. Suara keras dan tinggi
 - e. Kontak mata kurang.
4. Jika asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial tidak dilakukan, maka pasien akan mengalami :
- a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Harga diri rendah
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Mencederai diri dan orang lain.
5. Isolasi sosial umumnya disebabkan karena :

- a. Waham
- b. Halusinasi
- c. Perilaku kekerasan
- d. Harga diri rendah
- e. Defisit perawatan diri

Umpan Balik Dan Rencana Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban test formatif 2 yang terdapat dibagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan :

90-100% = baik sekali

80-89% = baik

70-79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80 % atau lebih bagus, saudara dapat meneruskan mempelajari kegiatan praktikum 3. Tetapi jika masih dibawah 80%, saudara harus mengulangi materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

Kegiatan Praktikum 3

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Halusinasi

Pada saat saudara belajar keperawatan jiwa atau pada saat kunjungan di RSUD untuk melakukan supervisi cara keluarga merawat pasien di rumah, sering kali saudara melihat pasien mondar-mandir, tertawa sendiri, berbicara sendiri yang seolah-olah sedang berbicara dengan orang lain. Pada saat berinteraksi kontak mata pasien minimal, pasien mengatakan mendengar suara orang tua yang sudah meninggal, saat malam hari, pasien hanya diam saja. Melihat kondisi pasien tersebut tentu saudara berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien tidak berbicara

sendiri? Mampu mengontrol halusinasi di rumah sakit atau di rumah. Agar saudara mampu memberikan asuhan keperawatan maka pelajailah kegiatan praktikum 3 ini dengan sebaik-baiknya.

Landasan teori asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi

Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada perilaku yang teramati pada pasien yang sedang mengamali halusinasi pendengaran adalah pasien mengatakan mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara atau tidak ada orang lain di sekeliling pasien yang sedang di ajak berbicara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatakan melihat orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada apapun disekitar pasien. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan mencium bau-bauan tertentu pada hal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikkan. Pada halusinasi perabaan pasien mengatakan ada binatang atau sesuatu yang merayap di tubuhnya.

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (pelaku rawat).

Tanda dan gejala gangguan sensorik presepsi halusinasi dapat ditemukan dengan **wawancara**, melalui pertanyaan sebagai berikut.

- a. Apakah ibu/bapak mendengar suara-suara ?
- b. Apakah bapak/ibu melihat bayangan yang menakutkan ?
- c. Apakah ibu/bapak mencium bau tertentu yang menjijikkan ?
- d. Apakah bapak/ibu merasakan sesuatu yang menjalar di tubuhnya ?
- e. Apakah ibu/bapak merasakan sesuatu yang menjijikan dan tidak mengenakan?
- f. Seberapa sering bapak/ibu mendengar suara-suara atau melihat bayangan tersebut ?
- g. Kapan ibu/bapak mendengar suara-suara atau bayang-bayangan tersebut ?
- h. Pada situasi apa bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang tersebut ?
- i. Bagaimana perasaan ibu/bapak mendengar suara atau melihat bayangan tersebut ?

Tanda dan gejala halusinasi yang dapat ditemukan melalui observasi sebagai berikut:

- a. Pasien tampak bicara sendiri atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Memiringkan atau mengarahkan telinga ke arah tertentu atau menutup telinga

- d. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- e. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- f. Menghirup seperti sedang mambau bau-bauan tertentu
- g. Menutup hidung
- h. Sering meludah
- i. Muntah
- j. Menggaruk permukaan kulit

Data hasil observasi dan wawancara diatas didokumentasikan pada format pengkajian perawatan di Rumah Sakit. Contoh pendokumentasiannya sebagai berikut :

Data: pasien mengatakan mendengar/suara/melihat sesutu, pasien komat-kamit, tampak tertawa sendiri, pandangan ke satu arah, marah tanpa sebab.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala gangguan sensorik persepsi: halusinasi yang ditemukan.... jika berhasil melakukan pengkajian yang menunjukkan tanda dan gejala gangguan sensorik persepsi : halusinasi, maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah :

Gangguan sensorik persepsi : halusinasi

3. Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan gangguan sensorik persepsi : halusinasi dilakukan terhadap pasien dan keluarga (pelaku rawat) di ruang perawatan RS. Bersama keluarga (pelaku rawat), perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga (pelaku rawat). Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi gangguan sensorik persepsi : halusinasi yang dialami pasien.

Jika pasien mendapatkan terapi psikofarmaka, maka hal pertama yang dilakukan perawat terhadap pasien adalah melatih pasien tentang pentingnya kepatuhan minum obat. Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga (pelaku rawat) dan melatih keluarga (pelaku rawat) untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu dilakukan keluarga yaitu untuk

mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga (pelaku rawat) dan melatih keluarga (pelaku rawat) untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi gangguan sensorik persepsi : Halusinasi yang telah diajarkan oleh perawat.

a. **Tindakan keperawatan untuk pasien gangguan persepsi sensorik halusinasi.**

Tujuan : Pasien mampu

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat
- 4) Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- 5) Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas

Tindakan keperawatan : Buatlah strategi komunikasi pada setiap tahapan

- 1) Membina hubungan saling percaya dengan cara :
 - a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b) Berkenalan dengan pasien : perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
 - c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d) Buat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan, dan tempatnya dimana.
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang di peroleh untuk kepentingan terapi.
 - f) Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien
 - g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
- 2) Membantu pasien menyadari gangguan sensorik persepsi halusinasi
 - a) Tanyakan pendapat pasien tentang halusinasi yang dialaminya : tanpa mendukung, dan menyangkal halusinasinya.

- b) Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah dilakukan pasien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.

3) Melatih pasien cara mengontrol halusinasi :

Secara rinci kapan melatih pasien mengontrol halusinasi dapat dilakukan sebagai berikut :

- a) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur dan mencuci baju.
- b) Berikan contoh cara menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapikan tempat tidur serta mencuci baju.
- c) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapikan tempat tidur serta mencuci pakaian yang dilakukan dihadapan perawat.
- d) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.
- e) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

Tindakan keperawatan pada pasien dapat dilakukan minimum dalam empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien mampu mengotrol halusinasinya. Berikut ini akan di uraikan strategi komunikasi untuk tiap pertemuan

Tindakan untuk pasien SP-1 halusinasi

Mengkaji kesadaran pasien akan halusinasinya, dan pengenalan akan halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi. Menjelaskan cara mengontrol halusinasinya : menghardik, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan hardik, memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.

Orientasi

“Selamat pagi Tina, saya perawat yang akan merawat Tina. Nama saya Rosita, senangnya dipanggil Ita.. hari ini saya merawat Tina dari pukul 08.00-14.00. Bagaimana perasaan Tina hari ini?”

“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang mengganggu dan cara mengontrol suara-suara tersebut? Dimana kita ngobrolnya? Bagaimana kalau disini saja ? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit, ya?”

Kerja

Apakah Tina mendengar suara tanpa ada wujudnya? Saya percaya Tina mendengarnya tetapi saya tidak mendengarnya. Apakah terus menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Tina mendengar suara itu ? Berapa kali sehari Tina mengalaminya ? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendirian ? Apa yang Tina rasakan pada saat mendengar suara itu? Bagaimana perasaan Tina saat mendengar suara itu? Dan apa yang Tina lakukan? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Apa yang Tina alami itu...dimanakan halusinasi. Ada empat cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas. Bagaimana kalau kita latih satu cara dulu? Yaitu dengan menghardik? Bagaimana kalau kita mulai ya! Begini saya akan mempraktekkan dahulu baru nanti Tina mempraktekkan kembali apa yang sudah saya lakukan. Begini Tina! Jika suara itu muncul katakan dengan keras pergi kamu.....Pergi ...saya tidak mau mendengar.... kamu suara palsu..... sambil menutup kedua telinga . Seperti ini ya Tina! Coba sekarang Tina ulangi lagi seperti yang saya lakukan dan peragakan tadi. Bagus sekali...Tina

Terminasi

“Bagaimana perasaan Tina setelah kita bercakap-cakap?” jadi suara itu mengejek Tina, suara itu muncul terus-menerus terjadi dan terutama kalau sendirian dan Tina merasa kesal”. “seperti yang telah kita pelajari bila suara-suara itu muncul Tina... katakan “Pergi.....Pergi.... saya tidak mau mendengarkamu palsu” ...lakukan itu selama tiga kali sehari yaitu pukul 09.00 dan 14.00 dan 19 .00 sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah kita buat tadi ya? Baik Tina... besok kita ketemu lagi, nanti saya akan datang lagi melihat bagaimana Tina melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara

menghardik dan belajar cara kedua untuk mengontrol suara-suara tersebut . Dan Tina perhatikan apakah suara-suara itu masih muncul... Besok lagi... kita kan bertemu untuk melatih cara ke-2 yaitu minum obat dengan cara teratur untuk mencengah suara-suara itu muncul. Mau jam berapa? Bagaimana kalau seperti saat ini, jam 10.00 ? Selamat pagi”

Latihan dua untuk pasien : 6 Benar Minum Obat

Buatlah strategi komunikasi selanjutnya sesuai dengan contoh diatas

Evaluasi tanda gejala dan halusinasi, validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik, berikan pujian. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat (menjelaskan enam benar : nama , guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat), masukkan pada jadwal minum obat.

Berikut ini tindakan keperawatan yang harus dilakukan agar pasien patuh minum obat :

- Jelaskan penting penggunaan obat pada gangguan jiwa.
- Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
- Jelaskan akibat bila putus obat
- Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, pasien, cara, waktu, dosis dan kontinuitas)

Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga Pasien Halusinasi

Tindakan keperawatan tidak hanya ditunjukkan kepada pasien tetapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam mengontrol halusinasi. Tindakan keperawatan dilakukan pada keluarga, dilanjutkan pada pasien dan dioperkan kembali kepada keluarga, untuk membimbing dan memantau pasien halusinasi.

Tujuan : Keluarga mampu :

- 1) Mengetahui masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi (menggunakan *booklet*)
- 3) Merawat pasien halusinasi
- 4) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- 5) Mengetahui tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan

- 6) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* pasien secara teratur

Tindakan keperawatan

- 1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya halusinasi (memerlukan *booklet*)
- 3) Melatih keluarga cara merawat pasien halusinasi
- 4) Membimbing keluarga merawat pasien halusinasi
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- 6) Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- 7) Mengajarkan *follow up* kepada fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Tindakan keperawatan SP-1 keluarga : mengenal masalah dalam merawat pasien halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi pasien dengan cara menghardik

Secara rinci latihan ke-5 dengan keluarga dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

Diskusi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi (menggunakan *booklet*), jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melatih cara menghardik halusinasi, ajarkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

Orientasi

“Selamat pagi ibu ani, bagaimana perasaan hari ini? Bu, apa yang ibu temukan masalah dan cara merawat ibu? Baiklah sekarang kita akan membicarakan tentang suara-suara yang didengar Tina, dan cara merawat berapa lama kita bicara bu? Bagaimana kalau 45 menit, saya akan bicara dengan Tina dulu dan saya akan menjelaskan kepada ibu masalah dan cara merawat Tina. Dimana kita bicara bu?” Bagaimana kalau disini saja...

Kerja

“ Selama ini apa yang dilakukan Tina?” oh jadi sering tertawa dan bercakap-cakap sendiri ya bu dan kadang-kadang marah-marah tanpa sebab. Baik ibu gejala yang dialami oleh Tina dinamakan halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu dan sebetulnya tidak bendanya. “jadi jika Tina mendengar suara-suara, sebenarnya tidak ada” kemungkinan kalau tidak mengatakan melihat bayangan-bayangan sebenarnya bayangan itu tidak ada. Kalau tidak berada dalam kondisi seperti itu, ibu jangan menyetujui atau menyangga apa yang diceritakan oleh Tina! Dengarkan saja! Dan katakan pada Tina untuk tidak mendengarkan suara atau tidak melihat bayangan itu! Ingatkan Tina cara menghardik yang telah saya ajarkan kepadanya. “caranya menutup mata katakan pergi kamu,

kamu suara palsu atau bayangan palsu” bagus seperti itu ya bu? Oh ya bu dan keluarga harus mengingatkan Tina untuk melatih mrngontrol suara-suara yang didengar sesuai dengan jadwal yang telah dibuat Tina dan berikan pujian pada Tina bial telah melaksanakannya dengan baik”

Fase terminasi

Bagaimana perasaan ibu ani setelah kita berdiskusi coba ibu ulangi lagi apa yang dihadapi ibu dalam merawat Tina? “ibu ani jika Tina mendengarkan suara-suara atau melihat bayangan-bayangan, cobalah unutuk menerapkan cara yang telah kita pelajari yaitu dengan tidak pendukung atau penyangga halusinasinya!” dan minta Tian untuk mengatakan pergi kamu, kamu suara palsu. “besok saya kembali lagi untuk mendiskusikan tentang obat yang harus diminum oleh Tina. Selamat pagi.

Tindakan keperawatan SP keluarga : Melatih Keluarga Merawat Pasien Halusinasi Dengan 6 Benar Minum Obat

Buatlah strategi komuikasi sesuia dengan langkah-langkah di atas. Isi dari strategi komunikasi adalah kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien, merawat pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, berikan pujian.

Menjalankan 6 benar cara memberikan obat. Latih cara memberikan/membimbingminum obat dan anjurkan membantu pasien minum obat sesuai jadwal.

5. Dokumentasi Hasil Asuhan Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Pendokumnetasian dilakukan setiap setelah selesai pertemuan dengan pasien dan keluarga (pelaku rawat). Berikan contoh penokumnetasian Askep gangguan sensori halusinasi pada kunjungan ke-3

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tanggal ... Bulan .. Tahun</p> <p>Data : Data pasien dan kemampuan</p> <p>Pasien mengatkan masih mendengar suara-suara tetapi sudah jarang dan tindak setiap kali datangnya. Pasien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi</p>	<p>S : pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah melakuka cara mengontrol halusinasi 3 kali sehari, minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk suster 3 kali sehari dan mangajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap

<p>dengan menghardik halusinasi dan minum obat dengan benar.</p> <p>Kemampuan pasien menghardik halusinasi 3 kali sehari (mandiri), Minum obat 3 kali sehari (mandiri) data keluarga dan kemampuan keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu halusinasi tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah.</p> <p>Keluarga mengatakan sudah mengetahui cara merawat pasien halusinasi dengan membantu menghardik halusinasi saat halusinasi muncul dan membantu pasien minum obat</p> <p>DK: Gangguan sensori persepsi halusinasi</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tindakan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik dan minum obat. Beri pujian 2. Jelaskan cara memulai percakapan dengan keluarga 3. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk melatih bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga <p>Tindakan ke keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat pasien halusinasi yaitu menghardik dan minum obat. Beri pujian 2. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengajak anggota yang lain bercakap-cakap dengan pasien jika melihat klien merenung atau sendirian 	<p>bila pasien sendiri dan bila suara-sura akan muncul</p> <p>S : keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarg mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal • Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya cara mengontrol halusinasi • Keluarga mengatakan akan terus momotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwa <p>O : pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien kooperatif, tampak tenang, halusinasi <p>O : keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga tampak melahit dan membimbing pasien dalam mengontrol halusinasi • keluarga kooperatif <p>A : halusinasi (+)</p> <p>P :</p> <p>P : untuk pasien</p> <p>Pasien berlatih mengontrol halusinasi dengan menghardik 3 kali sehari, minum obat 3 kali sehari, bercakap-cakap dengan keluarga 2 kali sehari</p> <p>P. keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing sesuai dengan menghardik 3 kali sehari, minum obat 3 kali sehari, bercakap-cakap dengan keluarga 2 kali sehari</p>
--	--

<p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>RTL: Pasien</p> <p>Melakuakn latihan mengontrol halusinasi sesuai jadwal</p> <p>Keluarga :Memotivasi dan membimbing pasien untuk mengontrol halusinasi</p>	
--	--

Pre- Post Test

- Seorang laki-laki usia 44 tahun dirawt di RSJ karena sering bercara sendiri seolah-olah sedan berbicara dengan orang lain, mondari-mandir, tidak mau melakukan kegitan sehari-hari. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus diatas ?
 - halusinasi
 - isolasi sosial
 - harga diri rendah
 - defisit keperawatan diri
 - resiko perilaku kekerasan
- Apakah tindakan keperawatan yang pertama sesuai dengan SP 1 pasien halusinasi

- a. mengajarkan napas dalam
 - b. mengajarkan cara menghardik
 - c. mengajarkan melakukan kegiatan sehari-hari
 - d. mengajarkan cara melakukan kebersihan diri
 - e. mengajar cara berkenalan dengan orang lain
3. Seorang laki-laki usia 54 thn dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan halusinasi pendengaran. Pasien sudah diajarkan cara menghardik, namun pasien tidak mampu. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Ajarkan cara pukul bantal
 - b. Mengulangi ajaran cara menghardik
 - c. Ajarkan cara melakukan kegiatan sehari-hari
 - d. Ajarkan cara bersosialisasi dengan orang lain
 - e. Jelaskan pentingnya minum obat secara tertatur
4. Seorang perempuan umur 33 tahun dirawat di RSJ karena sering berbicara sendiri. Pasien mengatakan sering mendengar suara suaminya memanggil namanya pada malam hari, pasien tampak mondar-mandir, bicara cepat. Apakah data subjektif pada kasus tersebut?
- a. Bicara cepat
 - b. Mondar-mandir
 - c. Bicara sendiri
 - d. Mendengar suara suaminya
 - e. Kejadian pada malam hari
5. Seorang laki-laki umur 33 tahun dirawat di RSJ karena mengalami halusinasi penglihatan. Pasien mengatakan sering melihat bidadari cantik pada malam hari. Pasien tampak mondar-mandir dan tersenyum sendiri, senang melihat ke arah tembok, kadang tatapan mata kosong. Apakah data obyektif pada kasus di atas?
- a. Pasien mengatakan belum mampu menghardik
 - b. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas
 - c. Mondar-mandir, tersenyum-senyum sendiri
 - d. Pasien mengatakan senang
 - e. Sering melihat bidadari

Uji Keterampilan

Rambu- rambu penilaian

E. Penilaian strategi pelaksanaan

ASKEP YANG DINILAI		NILAI				KET
		ya	tidak			Berilah nilai di masing-masing item dengan angka : 1 = ya 0 = tidak
Orientasi						
1.	Mengucapkan salam					
2.	Memperkenalkan diri					
3.	Menjelaskan kontrak					

	<ul style="list-style-type: none"> • Topik • Waktu • Tempat • Tujuan 					
Kerja						
1.	Evaluasi dan validasi <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan hasil observasi 					
2.	Memberikan intervensi sesuai dengan kondisi pasien <ul style="list-style-type: none"> • Pasien • Keluarga 					
3.	Mendemonstrasikan keterampilan sesuai dengan intervensi yang di berikan					
Terminasi						
1.	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Subyektif • Obyektif 					
2.	Rencana tindak lanjut <ul style="list-style-type: none"> • Pasien • Keluarga • Perawat 					
Total						

Penilaian sikap terapeutik

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Nilai A} + \text{Nilai B}}{2}$$

$$\text{Nilai A} = \frac{\text{Total Skor}}{8} \times 100$$

=

$$\text{Nilai B} = \frac{\text{Total Skor}}{6} \times 100$$

=

Penilaian laporan

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian		Ket
		Ya	Tidak	
1	Duduk berhadapan			Berilah nilai di masing-masing item dengan angka : 1 = ya
2	Kontak mata			
3	Membungkuk kearah pasien			
4	Mempertahankan sikap terbuka			

	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menyilangkan kaki • Tidak melipat tangan 			0 = tidak
5	Rileks			
6	Suara jelas			

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Seluruh data dan informasi pasien di laporkan					Berilah nilai di masing-masing item dengan angka 1 = kurang 2 = cukup 3 = baik 4 = sangat baik
2	Diagnosa keperawatan sesuai dengan kasus pasien					
3	Perencanaan pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan					
4	Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dilaporkan					
5	Catatan keperawatan pasien di tandatangani					

Lembar observasi Asuhan Keperawatan ada pasien dengan masalah psikososial
Evaluasi

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji

Tempat :

- a. Berikan tanda \checkmark pada kelompok K (kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis dengan kriteria pencapaian kompetensi dan

sebaliknya berikan tanda pada kolom BK (belum kompeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya

b. Tanyakan pada penguji bila ada hal-hal yang belum dimengerti

Nama Mahasiswa:.....			Tanggal:.....		
Nama Penguji :					
1			2		
Nomor :					
Judul Unit : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Dengan Masalah Psikososial:.....					
.....					
NO	Sub kompetensi	Kriteria pencapaian kompetensi	Skala		Ket
			Y/K	T/BK	
1	Melakukan pengkajian	1. Mengobservasi perilaku pasien 2. Menerapkan asuhan keperawatan legal, nilai dan moral, norma dan budaya dalam pengkajian 3. Menerapkan teknik komunikasi terapeutik pada pasien 4. Menunjukkan prosedur pengkajian 5. Meng-identifikasi masalah pasien			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan	Meng-identifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial			
3	Membuat rencana keperawatan	1. Tujuan tindakan keperawatan pasien dirumuskan 2. Indikator hasil asuhan keperawatan dirumuskan 3. Rencana tindakan keperawatan pasien disusun 4. Rencana tindakan keperawatan diprioritaskan			
4	Melaksanakan tindakan kolaboratif	1. Indikasi tindakan kolaboratif (terapi psikofarmaka) pasien ansietas diidentifikasi			

		2. Tindakan kolaboratif terapi psikofarmaka pasien ditunjukkan			
		3. Evaluasi dan tindak lanjut dilakukan			
5	Melaksanakan evaluasi keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Indikator keberhasilan tujuan keperawatan diidentifikasi 2. Evaluasi sesuai kriteria tujuan dilakukan 3. Kesimpulan hasil perawatan dibuat 4. Tindak lanjut asuhan keperawatan dirumuskan			
6	Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Seluruh data dan informasi pasien didokumentasikan 2. Diagnosa keperawatan didokumentasikan 3. Perencanaan pasien terdokumentasi 4. Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dicatat 5. Catatan keperawatan ditandatangani			
	Rekomendasi				
	Catatan	Pembimbing I			
	Catatan	Pembimbing II			
	Tanda tangan mahasiswa				

Penilaian praktikum

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji

Tempat :

Berikan tanda √ pada kelompok K (kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda √ pada kolom BK (belum kompeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya

Sub Kopetensi	Kriteria Pencapaian Kompetensi	Penilaian		Validasi Penguji
		K	BK	
Melakukan pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial 2. Mengidentifikasi perilaku abnormal pasien 3. Menerapkan prinsip legal dan nilai, moral, etika dan norma budaya pengkajian masalah psikososial 4. Memperhatikan teknik komunikasi terapeutik asuhan keperawatan masalah psikososial 5. Menunjukkan prosedur pengkajian masalah psikososial 6. Memperhatikan aspek/komponen penting pengkajian masalah psikososial 7. Mengidentifikasi masalah psikososi 			
Merumuskan diagnosa keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial 2. Menunjukkan struktur diagnosa keperawatan 3. Menulis struktur diagnosa yang rasional 			
Membuat perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merumuskan tujuan asuhan keperawatan 2. Rumuskan indikator hasil asuhan keperawatan 3. Menyusun rencana tindakan keperawatan 4. Memilih dan memprioritaskan rencana tindakan keperawatan 			
Melaksanakan evaluasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi aspek yang dinilai pada evaluasi pasien 			

	2. Mengidentifikasi indikator keberhasilan sesuai tujuan keperawatan 3. Menunjukan pengumpulan data hasil tindakan sesuai kriteria tindakan 4. Membuat hasil kesimpulan 5. Merumuskan tindak lanjut asuhan keperawatan			
Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan	1. Menuliskan seluruh data dan informasi tentang pasien dan tindakan yang diberikan dalam dokumen pasien 2. Menuliskan diagnosa keperawatan dalam dokumen keperawatan 3. Menulis rencana dalam dokumen pasien 4. Menncatat respon pasien dan hasil evaluasi setelah tindakan 5. Menandatangani catatan keperawatan dan catatan perkembangan			
Rekomendasi dapat/tidak dapat dilanjutkan pada tahap berikutnya	Penguji I Penguji II			
Saran perbaikan	Nama mahasiswa Tanda tangan Mahasiswa			

Mahasiswa dinyatakan kompeten bila seluruh komponen ini dinyatakan kompeten oleh pembimbing /tutor/dosen. Bila ada salah satu komponen yang belum kompeten, maka mahasiswa diharuskan melakukan praktikum kembali.

Kunci jawaban pre dan post test

Harga diri rendah

1. C
2. B

3. C
4. C
5. B

Isoalsi soasial

1. B
2. B
3. B
4. B
5. D

Halusinasi

1. A
2. B
3. B
4. D
5. C

DAFTAR PUSTAKA

Herdman, T.H. (2012). *NSAUDARA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford : Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011)). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komuditas (CMHN – Basic Couse)*. Jakarta : EGC

Stuart,G.W. (2009). *Princiles and Prattice of Psychiatric Nursing. 8th edition*. Missouri Mosby

MODUL 3

PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA : RESIKO PERILAKU KEKERASAN, DEFISIT PERAWATAN DIRI DAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK SOSIALISASI (TAKS)

PENDAHULUAN

Salam sejahtera, salam berjumpa kembali dengan modul praktikum asuhan keperawatan jiwa yang berisi tentang praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Penulis yakin saudara akan dapat

dengan mudah mempelajari modul ini. Karena materi dalam modul ini dibuat sangat terperinci dan sistematis serta berisi langkah-langkah praktikum. Menggunakan bahasa Indonesia yang mudah dimengerti serta dilengkapi dengan berbagai contoh yang ada disekitar lingkungan saudara sehingga saudara dapat belajar secara nyata. Saudara didorong untuk melakukan pengkajian awal pada pasien resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dengan cara mengisi format pengkajian yang telah ditentukan, menentukan diagnosis keperawatan, melakukan rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan dengan menggunakan SP komunikasi, menunjukkan sikap terapeutik dan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada situasi tertentu sesuai kasus dengan menggunakan pasien sebagai model yang telah disiapkan sebelumnya disini ada dua orang sebagai pasien akan bermain peran sebagai orang sakit atau orang yang membutuhkan pelayanan untuk memvisualisasikan kondisi yang mirip keadaan sesungguhnya dan satu perawat yang mampu melakukan pengkajian pada pasien tersebut. Untuk praktek di laboratorium yang akan dilakukan pada pasien, mahasiswa didorong untuk melakukan komunikasi pada situasi nyata. Sambil melakukan praktek interaksi dan komunikasi, saudara harus mempersiapkan diri dengan membuat skenario SP komunikasi terapeutik sesuai fase-fase berhubungan/ komunikasi yang akan digunakan pada saat mereka melakukan interaksi atau berkomunikasi dengan pasien resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan terapi aktif kelompok sosialisasi (TAKS).

Pada kegiatan praktikum ini, saudara akan belajar asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan terapi aktifitas kelompok sosialisasi (TAKS).

Pembahasan modul kegiatan praktikum ini terdiri atas :

I. Materi pokok praktikum

Pokok-pokok materi kegiatan praktikum 1 terdiri dari:

1. Cara membuat rencana LP dan SP pada kasus fiktif yang ada pada modul praktikum ini

2. Cara melakukan pengkajian pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) dan mempraktekkan komunikasi terapeutik sesuai dengan SP yang saudara buat.
3. Cara menetapkan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian.
4. Latihan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah saudara lakukan .
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

II. Aktivitas/ tugas mahasiswa

1. Sebelum saudara memulai mempelajari kegiatan praktikum ini sebaiknya saudara telah memahami kegiatan belajar asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) dengan baik. Banyaklah berdiskusi dengan teman saudara. Jika dalam diskusi dengan teman, saudara masih memiliki beberapa pertanyaan yang tidak terjawab mintalah bantuan pembimbing untuk menjelaskan kembali, sehingga pemahaman saudara menjadi semakin baik.
2. Buatlah LP, pahami dengan baik cara membuat laporan LP sesuai dengan petunjuk yang ada.
3. Buatlah SP sesuai dengan kasus yang saudara temui pada latihan di modul praktikum ini.
4. Buatlah analisa data dan rumuskanlah masalah keperawatan sesuai dengan kasus yang ada.
5. Selanjutnya buatlah pohon masalah berdasarkan analisa data yang telah ditetapkan dan tetapkanlah diagnosa keperawatan utama pada kasus yang ada.
6. Lakukanlah latihan dengan teman saudara sesering mungkin untuk memberikan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah saudara lakukan.
7. Latihanlah bersama teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan cara mengidentifikasi kemampuan pasien, membuat jadwal kegiatan harian dan mengajarkan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien.

8. Latihanlah dengan teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri dengan cara menjelaskan keuntungan dan kerugian bila tidak melakukan perawatan diri dan mengajarkan cara merawat kebersihan diri.
9. Latihanlah dengan teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS). Bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
10. Saudara dapat menemui pembimbing untuk dapat bimbingan, masukan dan penilaian jika saudara telah merasa mampu untuk berinteraksi dengan memberikan asuhan keperawatan pada resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)

IV. Prasyarat instruktur/pembimbing pratikum

1. Jumlah

Setiap kelompok dibimbing oleh satu orang pembimbing. Jumlah anggota kelompok maksimal 6-10 orang

2. Institusi

Pembimbing dapat berasal dari institusi pendidikan DIII Keperawatan atau Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan atau RS Jiwa

3. Kualitas pembimbing

- a. Berpendidikan minimal Sarjana keperawatan (Ners)
- b. Berstatus sebagai dosen atau instruktur klinik
- c. Memiliki SK dosen atau sertifikat instruktur klinik
- d. Memiliki pengalaman kerja pendidikan keperawatan jiwa minimal 3 tahun
- e. Memiliki pengetahuan yang baik dan luas tentang keperawatan jiwa

VII. Teknik pelaksanaan bimbingan

1. Tugas pembimbing

- a. Mengidentifikasi kesulitan yang dihadapi mahasiswa dalam mempelajari modul pratikum .
- b. Mengidentifikasi kesulitan mahasiswa dalam melakukan tugas-tugas latihan
- c. Melakukan *pre-conference* dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang ada pada LP yang telah dibuat mahasiswa untuk menilai sejauh mana mahasiswa memahami kasus tersebut.

- d. Mintalah mahasiswa untuk menjelaskan SP yang akan mereka lakukan terhadap pasien dengan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).
- e. Mendemonstrasikan dan menjelaskan cara melakukan pengkajian, analisis data, cara merumuskan masalah, cara membuat pohon masalah, *core problem* dan prioritas diagnosa keperawatan.
- f. Memberikan contoh aplikasi latihan SP tindakan keperawatan.
- g. Melakukan diskusi terhadap masalah-masalah yang dihadapi oleh mahasiswa

2. Teknis bimbingan

- a. Bagilah jumlah mahasiswa kedalam beberapa kelompok besar
- b. Setiap kelompok terdiri dari 6-10 orang mahasiswa
- c. Bagilah mahasiswa dalam kelompok-kelompok kecil dan buatlah berpasangan. Sehingga dalam kelompok besar ada 3-5 kelompok kecil
- d. Mintalah mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus fiktif yang ada pada modul ini. Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa, buatlah beberapa kasus fiktif yang lain sesuai dengan kasus yang anda sering temui dilahan praktikum. Contoh membuat kasus dapat anda pelajari dari contoh kasus yang ada modul ini
- e. Selanjutnya mintalah mahasiswa untuk membuat strategi pelaksanaan sesuai dengan kasus yang ada
- f. Periksa setiap LP dan SP yang telah dibuat mahasiswa
- g. Mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan diawal praktikum. Langkah pertama tetapkanlah mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien
- h. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan sesuai dengan SP yang telah dibuat mahasiswa .
- i. Mintalah mahasiswa untuk berlatih menerapkan strategi pelaksanaan dan nilailah kemampuan mereka. Sebelum anda memberikan penilaian mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan memberikan asuhan keperawatan. Untuk menilai obyektif atas penilaian mintalah penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa

- j. Selanjutnya mintalah mahasiswa anda untuk bertukar peran yang pada awalnya berperan sebagai perawat jiwa sekarang berperan sebagai pasien dan yang berperan sebagai pasien sekarang berperan sebagai perawat jiwa
- k. Lakukanlah semuanya ini untuk seluruh kelompok anda hingga seluruh materi praktikum dapat diselesaikan.
- l. Buatlah penilaian atau evaluasi terhadap kemampuan mahasiswa sesuai dengan format yang ada pada kegiatan praktikum ini.

VI. Tempat Praktikum

Praktikum ini tidak memerlukan ruangan khusus, ruangan praktikum dapat mempergunakan ruangan yang ada asalkan ruangan tersebut tidak berisik dan tidak banyak orang yang berlalu lalang sehingga tidak mengganggu jalannya praktikum.

VII. Alokasi Waktu Praktikum

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan praktikum ini adalah 6×170 menit. Berikut ini adalah rincian alokasi waktu praktikum asuhan keperawatan ansietas pada setiap satu kasus

NO	Kegiatan Praktikum/Aktivitas	Durasi
1	Membuat laporan pedahuluan	10 menit
2	Membuat strategi pelaksanaan	10 menit
3	Membuat asuhan keperawatan	30 menit
4	Melakukan <i>pre confrence</i> dan pembimbing mendemonstrasikan cara melakukan asuhan keperawatan	20 menit
5	Mahasiswa mendemonstrasikan kembali cara melakukan asuhan keperawatan dengan berpasangan	85 menit
6	Malakukan <i>post confrence</i> , evaluasi dan memberikan umpan balik serta penilaian	15 menit
	Total	170 menit

IX. Penilaian

Berikut ini adalah petunjuk penilaian praktikum. Pembimbing anda akan memberikan penilaian sesuai dengan bobot dibawah ini.

Bobot penilaian :

NO	Unsur yang dinilai	Proporsi(%)
1	Kehadiran	10
2	Laporan pendahuluan	10
3	Strategi pelaksanaan	10
4	Praktikum	60
5	Laporan praktikum	10
	Total	100

X. Tata Tertib Praktikum

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum

1. Untuk mahasiswa

- Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
- Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *name tag*
- Diwajibkan menggunakan sepatu bila pembimbing anda menginginkan melepaskan sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka anda wajib mematuhi
- Pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
- Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
- Semua kelengkapan untuk praktikum harus anda siapkan seperti format LP, format SP, dan format asahan keperawatan serta lembar evaluasi
- Selama kegiatan praktikum berlangsung anda diberi kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.

2. Untuk pembimbing

- Anda harus hadir 10 menit ditempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
- Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan *ID card*
- Pada saat praktikum berlangsung anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai

- d. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata kuliah.
- e. Selama kegiatan praktikum berlangsung anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

Modul ini berisikan 3 kegiatan belajar yaitu:

1. Kegiatan belajar 1 : Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
2. Kegiatan belajar 2 : Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit keperawatan diri.
3. Kegiatan belajar 3: Praktikum asuhan keperawatan pada pasien dengan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS).

Untuk membantu anda mampu melakukan praktikum pada pasien dengan perilaku kekerasan pelajilah kegiatan praktikum 1 ini dengan sebaik-baiknya, saya yakin setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 ini, anda akan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Saudara dapat belajar kembali pada modul 4 tentang teori resiko perilaku kekerasan. Selamat belajar semoga sukses selalu menyertai anda.

Tujuan pembelajaran umum pada kegiatan praktikum 1 adalah saudara mampu melakukan praktik di laboratorium cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan. Sedangkan tujuan khususnya adalah saudara mampu:

- a. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- b. Menguraikan langkah-langkah proses perawatan resiko perilaku kekerasan:
 - 1) Melakukan pengkajian dengan risiko perilaku kekerasan
 - 2) Menetapkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan
 - 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien resiko perilaku kekerasan
 - 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien resiko perilaku kekerasan
 - 6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan

Saudara masih ingat saat belajar di modul 4 yaitu teori Defisit Perawatan Diri (DPD) untuk mengetahui tanda dan gejala DPD. Memang salah satu tugas perawat adalah membantu menjaga

kebersihan diri pasien. Untuk itu marilah kita membahas mengenal asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit keperawatan diri. Sehingga pada kegiatan praktikum 2 anda akan belajar mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit keperawatan diri. Secara umum tujuan mempelajari materi ini adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan defisit keperawatan diri. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah anda mampu :

1. Melakukan pengkajian pada pasien defisit perawatan diri
2. Menyusun diagnosis keperawatan defisit perawatan diri
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien defisit perawatan diri
4. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien defisit perawatan diri
5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien defisit perawatan diri
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien defisit perawatan diri

Untuk menilai kemampuan saudara menjawab soal yang ada pada akhir modul ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas. Saudara dinyatakan lulus bila telah mampu menjawab 80 % (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal.

Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami modul ini kurang lebih 2 x 120 menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Sukses untuk saudara dan selamat belajar.

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat saudara mencoba mempraktekkan atau mendemonstrasikan komunikasi dan interaksi dengan pasien resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS). Modul ini berisi petunjuk praktikum yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan pasien.

Adapun hal-hal yang harus saudara persiapkan sebelum melakukan praktek adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa saudara telah memahami
3. Membuat skenario interaksi/ komunikasi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri dan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) sesuai fase-fase hubungan/komunikasi mulai fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi

4. Menyiapkan model pasien yang akan memainkan peran sebagai pasien sesuai kasus dan skenario
5. Lakukan latihan-latihan yang dianjurkan
6. Praktekkan/ demonstrasikan komunikasi sesuai skenario yang telah dibuat
7. Catat kesulitan yang saudara alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Diharapkan saudara dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktikum dalam modul ini dengan baik.

“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT SAUDARA”

KEGIATAN PRAKTIKUM 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Pendahuluan

Kasus yang sering ditemukan adalah pasien tiba-tiba marah-marah tanpa sebab, mengeluarkan kata-kata kotor, mencaci maki, dan tidak jarang merusak barang-barang disekitarnya dan memukul orang yang ada disekitarnya. Melihat perilaku pasien apa yang harus anda lakukan? Saya harus melakukan

pengkajian agar saya mengetahui masalah yang dialami pasien dan dapat memberikan intervensi keperawatan dengan baik secara menyeluruh (*komprehensif*).

Pada kegiatan praktikum 1 yaitu praktikum mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Untuk membantu anda mempraktekannya, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut. Pernahkah kita marah? Bayangkan kalau kita sedang marah, Apa yang kita lakukan? Tentu kita pernah marah. Kenapa kita marah? Kita marah karena apa yang kita inginkan atau harapan tidak sesuai atau tidak tercapai. Normalkah jika kita marah? Marah dikatakan normal jika tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Karena marah merupakan respon normal individu terhadap suatu kejadian atau karena tidak terpenuhinya suatu kebutuhan. Namun jika marah membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan perlu melakukan penanganan dari tenaga kesehatan, terutama perawat.

Untuk dapat mempraktekan asuhan keperawatan kepada pasien dengan perilaku kekerasan anda harus mempelajari modul ini dengan baik. Sehingga tujuan kegiatan praktikum 1 adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah agar anda mampu :

1. Melakukan langkah-langkah proses keperawatan perilaku kekerasan:
 - a. Melakukan pengkajian resiko perilaku kekerasan
 - b. Menetapkan diagnosis keperawatan resiko perilaku kekerasan
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien resiko perilaku kekerasan
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien resiko perilaku kekerasan
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien resiko perilaku kekerasan
 - f. Mendokumentasi hasil asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan.

Landasan Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan

Citrome dan Volavka (2002, dalam Mohr, 2006) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon perilaku manusia untuk merusak sebagai bentuk agresif fisik yang dilakukan oleh seseorang terhadap orang lain dan atau sesuatu. Pendapat senada diungkapkan Stuart dan Larai (2005), yang menyatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan hasil dari marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri.

Menurut Keliat, (2011), perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Herdman (2012) mengatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang diperlihatkan oleh individu bentuk ancaman bisa fisik, emosional atau seksual yang ditunjukkan oleh orang lain.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan :

- a. Respon emosi yang ditimbulkan sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman (diejek/dihina).
- b. Ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas).
- c. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Menghina • Dapatkah saya lakukan • Dapatkah ia lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Positif • Menghargai diri sendiri • Saya dapat/akan lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Berlebihan • Menghina orang lain • Anda selalu/tidak pernah
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> • Diam • Lemah • Merengek 	<ul style="list-style-type: none"> • Diatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • menuntut
Posture/sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot • Menundukkan kepala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegak • Rileks 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenang • Bersandar ke depan
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> • Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadadinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/teritorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal • Lemah • Resah 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan gerakan yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> • Sedikit atau tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekali-sekali 	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot

		<ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan kebutuhan interaksi 	
--	--	---	--

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat ditemukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut :

- a. Coba ceritakan ada kejadian apa / apa yang menyebabkan anda marah ?
- b. Coba anda ceritakan apa yang anda rasakan ketika anda marah ?
- c. Perasaan apa yang anda rasakan ketika marah ?
- d. Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat anda marah?
- e. Apa akibat dari cara marah dari yang anda lakukan ?
- f. Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah anda hilang ?
- g. Menurut anda apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda ?

Tindakan keperawatan untuk pasien resiko perilaku kekerasan

Tujuan : pasien mampu :

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menjelaskan penyebab marah
3. Menjelaskan perasaan saat penyebab marah / perilaku kekerasan
4. Menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
5. Menyebutkan cara mengontrol rasa marah / perilaku kekerasan
6. Melakukan kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan
7. Meminum obat secara teratur
8. Berbicara yang baik saat marah
9. Melakukan kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah

Tindakan keperawatan

1. Membina hubungan saling percaya

Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah

- a. Ungkapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
- b. Perkenalkan diri : nama, nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai.

- c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d. Buat kontrak asuhan : apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.
 - e. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Tunjukkan sikap empati
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien.
2. Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah dan perilaku kekerasan saat ini dan waktu yang lalu
 3. Diskusikan tanda-tanda jika pasien mengalami perilaku kekerasan
 - a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku secara fisik
 - b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku secara psikologi
 - c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku secara sosial
 - d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku secara spiritual
 - e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku secara intelektual
 4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara : verbal
 - a. Terhadap orang lain
 - b. Terhadap diri sendiri
 - c. Terhadap lingkungan
 5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
 6. Latihlah pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara :
 - a. Patuh minum obat
 - b. Fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal
 - c. Sosial garing verbal : bicara yang baik : mengungkapkan, menolak dan meminta maaf rasa marahnya
 - d. Spiritual : shalat/berdoa sesuai dengan keyakinan pasien

Tindakan keperawatan kepada pasien dapat dilakukan minimal 4 kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat mengontrol/mengendalikan perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan untuk keluarga pasien risiko perilaku kekerasan

Tujuan : keluarga mampu :

1. Mengetahui masalah risiko perilaku kekerasan

2. Memutuskan untuk melakukan perawatan pasien risiko perilaku kekerasan
 3. Merawat pasien resiko perilaku kekerasan dengan mengajarkan dan mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
 4. Memodifikasi lingkungan yang kondusif agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar
 5. Mengenal tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan
 6. Keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien resiko perilaku kekerasan dapat mengatasi masalahnya dengan meningkat.
-
2. Tindakan keperawata kepada keluarga :
 - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien perilaku kekerasan/ risiko perilaku kekerasan
 - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan/risiko perilaku kekerasan
 - c. Melatih keluarga cara merawat pasien resiko perilaku kekerasan
 - d. Membimbing keluarga merawat pasien resiko perilaku kekerasan
 - e. Melatih keluarga menciptakan suasana kelaurga dan lingkungan yang dapat mendukung pasien untuk mengontrol emosinya
 - f. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke pelayanan kesehatan
 - g. Mengajukan *follow up* kefasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Evaluasi

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi resiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

1. Menyebutkan penyebab tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan
2. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal :
 - Secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur
 - Secara sosial : verbal : meminta menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik
 - Secara spiritual
 - Terapi psikologi

3. Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan.
- Evaluasi perilaku keluarga (perilaku rawat) resiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat :
- 1) Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)
 - 2) Mencegah terjadi perilaku kekerasan
 - 3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
 - 4) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
 - 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
 - 6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
 - 7) Melakukan *follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

Dokumentasi hasil asuhan keperawatan

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut ini adalah contoh dokumentasi asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan pada kunjungan pertama.

Implementasi	Evaluasi
<p>Hari.....Tgl.....Pukul.....</p> <p>Data pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan kadang-kadang masih muncul perasaan kesal. 	<p>S Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan senang dapat satu lagi cara mengontrol rasa marahnya

<ul style="list-style-type: none"> • Sudah minum obat sesuai jadwal • Jika minum obat waktu pukul 07.00 pagi harus diingatkan istrinya karena menurut pasien suka jadi ngantuk • Latihan tarik nafas dalam lebih dipilih pasien • Cara verbal sudah dilakukan pasien yaitu meminta dengan baik <p>Data keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelaurga telah mengingatkan pasien untuk berlatih sesuai jadwal ketika pasien lupa • Telah memberikan pujian ketika pasien berlatih sesuai dengan jadwal <p>Diagnosis keperawtan : Risiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan keperawtan :</p> <p>Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih pasien cara mengontrol marah dengan kegiatan ibadah • Kegiatan ibadah dimasukkan kedalam jadwal harian pasien <p>Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih cara merawat dengan cara spiritual • Mendiskusikan dengan keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dibawa kefasilitas layanan kesehatan • Menjelaskan tentang proses rujukan <p>RTL :</p> <p>Pasien : evaluasi kemampuan pasien</p> <p>Keluarga : evaluasi kemampuan keluarga memabantu pasien mengontrol perilaku kekerasan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • akan melakukan kegiatan ibadah sesuai jadwal yang sudah dibuat <p>S Keluarga :</p> <p>Keluarga mengatakan akan tetap membantu pasien mengontrol perasaan marahnya dengan cara mengingatkan pasien kedalam jadwal kegiatan hariannya</p> <p>O Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien menyebutkan cara ibadah yang biasa dilakukan dan waktunya • pasien mampu mengatakan ibadah yang akan dilakukannya • pasien mampu memasukkan kegiatan ibadah kedalam jadwal kegiatan hariannya <p>O Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga kooperatif dan turut mendampingi ketika perawat melatih pasien cara mengontrol perasaan marah dengan cara spiritual dan memberi pujian pada pasien <p>A :</p> <p>Pasien dan keluarga mengenal cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p>P :</p> <p>P Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengontrol perasaan marah dengan beribadah sesuai waktu ibadah • patuh minum obat
---	--

<p>Tgl.....Pukul.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> • melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, serta bicara yang baik sesuai dengan apa yang sudah dilatih anda sesuai jadwal <p>P Keluarga :</p> <p>Memotivasi dan mengingatkan pasien berlatih mengontrol perasaan marah sesuai jadwal dan menerapkan ketika marah, bantu minum obat</p> <p>Perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • melakukan kunjungan rumah <p>Tgl.....Jam.....</p>
---------------------------	---

Latihan 1

1. Peragakan cara mengkaji pasien resiko perilaku kekerasan
2. Jelaskan faktor predisposisi dan presipitasi dari perilaku kekerasan jelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan masukkan kedalam format pengkajian
3. Buat strategi komunikasi ssesuai dengan rencana tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan
4. Jelaskan cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, dan spiritual serta obat.

Petunjuk jawaban latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarylal pengkajian
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarylal kembali predisposisi dan presipitasi dari perilaku kekerasan
3. Untuk menjawab peratanyaan no 3 pelajarylal teknik membuat strategi pelaksanaan
4. Untuk menjawab pertanyaan no 4 pelajarylal kembali mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, spiritual dan obat dari perilaku kekerasan.

KEGIATAN PRAKTIKUM 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Pada saat anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri sering kali anda melihat pasien terlihat kotor, berbau dan penggunaan pakaian tidak sesuai. Atau pada saat makan, terlihat makanan berceceran disembarang tempat, atau pasien buang air besar dan air kecil disembarangan tempat. Tentu sebagai seorang perawat sangat sedih melihatnya, terpikir untuk membantu pasien memperbaiki kebersihan dirinya. Kasus tersebut sering ditemui diruangan perawatan.

Saudara masih dapat mengingat pelajaran diawal pada modul 4 tentang teori defisit perawatan diri. Saudara masih ingat tanda dan gejala. Lakukan pengkajian kepada pasien tersebut dan dokumentasikan pada format pengkajian. Tambahkan data-data yang mendukung.

Landasan teori asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, *toileting*), (Herdman, T.H. 2012)

1. Pengkajian defisit perawatan diri

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut :

- a. Coba ceritakan kebiasaan/cara pasien dalam melakukan membersihkan diri
- b. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan mengguting kuku?
- c. Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari pasien
- d. Berapa kali sehari pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur (untuk laki-laki) secara teratur?
- e. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang dilakukan
- f. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan pasien mandi sehari-hari? Peralatan mandi apa saja yang digunakan pasien?
- g. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien?
- h. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya
- i. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB dan BAK?

- j. Apakah pasien membersihkan diri tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?
- k. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan
- c. Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan untuk mengambil makan dan minum sendiri, makan bececeran, dan makan tidak pada tempatnya
- d. Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK.

Data hasil observasi dan wawancara didokumentasikan pada kartu status pasien di contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut :

Data : pasien mengatakan belum mandi, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor. Rambut acak- acakan, tidak disisir, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai makan dan minum diambulkan oleh keluarga, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya. Tidak menyiram dan membersihkan diri setelah BAB dan BAK.

2. Diagnosis Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah :

Defisit perawatan diri :

Kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK

3. Tindakan keperawatan untuk pasien defisit perawatan diri

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara :
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b. Berkenalan dengan pasien : perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
 - c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d. Buat kontrak asuhan : apa yang akan dilakukan dengan pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya di mana?
 - e. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Setiap saat tunjukkan sifat empati terhadap pasien
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien jika memungkinkan.
2. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri
Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi :
 - a. Menjelaskan penting menjaga kebersihan diri
 - b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d. Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri.
3. Melatih pasien berdandan/berhias
Untuk pasien laki-laki latihan meliputi : berpakaian, menyisir rambut dan bercukur
Untuk pasien wanita, latihannya meliputi : berpakaian, menyisir rambut dan berhias
4. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri
Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut :
 - a. Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan per hari dewasa 2000-2200 kalori untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan dan minum 8 gelas (1500 - 2500 cc setiap hari) dan cara makan dan minum
 - b. Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib

- c. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum
 - d. Mempraktekkan cara makan yang sesuai dengan tahapan makan yang baik.
5. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri
- Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut :
- a. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
 - b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
 - d. Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tgl...Bln...Tahun..Pkl....</p> <p>Data :</p> <p>Data pasien dan kemampuan</p> <p>Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi, wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya</p> <p>Kemampuan pasien mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, gunting kuku 1x seminggu, berdandan dan berpakaian, makan dan minum (semua kegiatan dilakukan secara mandiri)</p> <p>Data keluarga dan kemampuan :</p> <p>Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu kebersihan diri, kurang perawatan diri, tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah.</p> <p>Keluarga mampu melatih dan membimbing pasien cara melakukan perawatan diri,</p>	<p>S : pasien</p> <p>Pasien mengatakan sudah melakukan mandi sehari 2 kali, sikat gigi (2 kali sehari), cuci rambut (2 kali seminggu), potong kuku (1 kali seminggu), berdandan dan mengganti pakaian 2 kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 6-8 gelas sehari, BAB dan BAK di kamar mandi.</p> <p>S keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal 2. Keluarga mengatakan senang dapat membimbing anaknya untuk melakukan kebersihan diri 3. Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal

<p>berdandan, berpakaian, makan/minum.</p> <p>DK :</p> <p>Defisit perawatan diri</p> <p>Intervensi :</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <p>Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian jelaskan cara BAB dan BAK yang baik, melatih BAB dan BAK yang baik, masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK</p> <p>Tindakan ke keluarga</p> <p>Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian, membimbing keluarga untuk melatih pasien BAB dan BAK . Jelaskan <i>follow up</i> ke fasilitas kesehatan, tanda kambuh, rujukan, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>RTL :</p> <p>Pasien</p> <p>Melakukan kebersihan diri sesuai jadwal</p> <p>Keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing untuk melakukan kebersihan diri sesuai jadwal. <i>Follow up</i> ke puskesmas dan pencegahan kekambuhan</p>	<p>4. Keluarga mengatakan akan berobat rutin ke puskesmas dan mencegah agar anaknya tidak kambuh lagi</p> <p>O : Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi, wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya, BAB dan BAK di kamar mandi, dan menyiram WC setelah BAB dan BAK 2. Pasien mandi 2 kali sehari, dilakukan sendiri, gosok gigi 2 kali sehari, (mandiri) gunting kuku 1 kali seminggu (mandiri), berdandan (mandiri), dan berpakaian (mandiri), makan dan minum (mandiri), BAB dan BAK (mandiri). <p>O : Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tampak melatih dan membimbing cara merawat kebersihan diri, berdandan, dan makan dan minum, BAB dan BAK terhadap anaknya 2. Keluarga kooperatif 3. Keluarga mengerti tanda-tanda kekambuhan dan kontrol teratur ke Puskesmas <p>A :</p>
--	---

	<p>Pasien mampu melakukan kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK</p> <p>P :</p> <p>P untuk pasien</p> <p>Pasien mandi sehari 2 kali, sikat gigi (2 kali sehari), cuci rambut 2 kali perminggu, berdandan dan mengganti pakaian 2 kali sehari, sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8 gelas sehari, BAB dan BAK di tempatnya.</p> <p>P : Keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing pasien sesuai dengan jadwal : mandi 2 kali sehari, sekat gigi 2 kali sehari, cuci rambut 2 kali per minggu, berdandan dan mengganti pakaian 2 kali perhari sehabis ma, ndi pagi dan sore, makan 3 kali sehari, minum 8 gelas perhari, BAB dan BAK di tempatnya.</p> <p>Berobat membawa anaknya ke Puskesmas secara teratur. Merujuk ke Puskesmas bila ada tanda-tanda kekambuhan</p>
--	--

Latihan 2
Kasus fiktif

Seorang perempuan umur 45 tahun dirawat di RSJ sudah satu minggu yang lalu. Pasien tampak badan kotor, tidak mau mandi, tidak mengganti pakaian, rambut tampak acak-acakan, tidak mau menggunakan alas kaki. Jari kaki tampak kotor, kuku panjang hitam. Pasien mengatakan malas untuk membersihkan badannya.

- a. Buatlah pengkajian sesuai kasus fiktif diatas dan tambahkan data bila diperlukan
- b. Masukkan hasil pengkajian ke dalam format pengkajian sampai membuat rencana tindakan keperawatan
- c. Buatlah strategi pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai kasus diatas
- d. Demonstrasikan dengan teman saudara cara melakukan tindakan keperawatan defisit perawatan diri
- e. Dokumentasikan hasil demonstrasi tersebut

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 dan 2 pelajailah kembali tentang petunjuk teknis cara melakukan pengkajian pada pasien defisit perawatan diri
2. Untuk menjawab no 3 dan 4 pelajailah kemabali tentang cara membuat strategi pelaksanaan
3. Untuk menjawab peratanyaan no 5 pelajailah cara mendokumentasikan keperawatan pada pasien dengan defenisi defisit perawatan diri.

KEGIATAN PRAKTIKUM 3

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK SOSIALISASI (TAKS)

Pada saat anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien di ruang perawatan, anda melihat beberapa pasien yang sudah dapat berkomunikasi dengan baik dan pasien sudah dapat melakukan kegiatan sehari-hari. Atau melihat beberapa pasien yang saling berdiam diri di pojok ruangan. Beberapa pasien sudah dapat berkomunikasi dengan pasien lain ataupun dengan tenaga kesehatan. Apa yang anda pikirkan pada kondisi tersebut? Bagaimana untuk memotivasi pasien agar dapat berkomunikasi dengan orang lain?

Landasan Teori Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)

Tujuan umum dari terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien isolasi sosial. Sedangkan tujuan khususnya adalah

- 1) Meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien
- 2) Pasien dapat meningkatkan kemampuan komunikasi non verbal
- 3) Pasien dapat berlatih mematuhi peraturan
- 4) Pasien dapat meningkatkan interaksi dengan pasien lain
- 5) Pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam kelompok
- 6) Pasien dapat mengungkapkan pengalamannya yang menyenangkan
- 7) Pasien dapat menyatakan perasaan tentang terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Kriteria pasien yang dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah

- 1) Pasien menarik diri yang cukup kooperatif
- 2) Pasien yang sulit mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal
- 3) Pasien dengan gangguan menarik diri yang telah dapat berinteraksi dengan orang lain
- 4) Pasien dengan kondisi fisik yang dalam keadaan sehat (tidak sedang mengidap penyakit fisik tertentu seperti diare, thypoid dan lain-lain)
- 5) Pasien halusinasi yang sudah dapat mengontrol halusinasinya
- 6) Pasien dengan riwayat marah/amuk yang sudah tenang.

1. Tahapan terapi aktivitas kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu

- 1) Fase pra-kelompok : fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10 orang. Kriteria anggota yang

ada mengikuti terapi aktivitas kelompok adalah : sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak ter-diagnosa dengan waham.

2) Fase awal kelompok

Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok dan peran baru. Fase ini terbagi atas 4 fase, yaitu fase orientasi, fase konflik dan fase kohesif.

a. Tahap orientasi

Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota

b. Tahap konflik

Pada tahap ini merupakan masa yang sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku yang tidak produktif.

c. Tahap kohesif

Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain.

3) Fase kerja kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim, kelompok menjadi stabil dan realistis. Pada akhirnya fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian

4) Fase terminasi

Fase ini ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

Latihan 3

1. Buatlah strategi komunikasi pelaksanaan TAKS sesuai dengan tahap-tahap komunikasi
2. Demonstrasikan dengan teman saudara dan bergantian sesuai peran yang ditunjuk
3. Dokumentasikan hasil demonstrasi tersebut dan konsulkan ke pembimbing

Rangkuman

Latihan melakukan pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap awal terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data terkumpul kemudian data dikelompokkan baik data subyektif maupun data obyektif, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah keperawatan. Buatlah daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan hasil pengkajian, lalu buatlah pohon masalah, dan tegakkanlah diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan *core problem* (masalah utama) Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu

1. Lakukan pengkajian
2. Menentukan data fokus dan menetapkan masalah keperawatan
3. Membuat rencana tindakan keperawatan
4. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan mrnyusun rencana kerja strategi pelaksanaan
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan tindakan kolaborasi pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
6. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga
7. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada

Pre – post test

1. Seorang perempuan usia 45 tahun dirawat di RSJ karena marah-marah dan membanting barang-barang di rumah. Pasien dirawat yang kedua kali karena tidak mau minum obat dengan teratur. Saat dilakukan pengkajian muka masih tampak tegang, tangan mengepal, bicara keras, sikap menantang. Apakah diagnosa keperawatan pasien tersebut?
 - a. Halusinasi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Harga diri rendah
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri

2. Seorang laki-laki umur 33 tahun dirawat di RSJ karena mengamuk, memukul orang tuanya. Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien kesal dengan ibunya karena meminta beli motor tidak diberikan, pasien tampak mengepal tangan, mengeluh tangan sakit, muka merah, mata melotot, bicara keras dan kasar. Pasien mengatakan sering marah bila tidak dipenuhi keinginannya. Manakah data obyektif pada kasus tersebut?
 - a. Sikap menantang
 - b. Di rumah mengamuk
 - c. Di rumah memukul ibunya
 - d. Pasien mengatakan tangan sakit
 - e. Sering marah bila tidak dipenuhi keinginannya

3. Seorang laki-laki umur 32 tahun dirawat di RSJ karena membunuh tetangganya. Saat dilakukan pengkajian ditemukan pasien kesal karena tetangganya menghina pasien, tampak mengepal tangannya, mengeluh tangan sakit, muka merah, mata melotot, bicara keras dan kasar. Manakah data subyektif pada kasus tersebut?
 - a. Mata melotot
 - b. Merasa kesal
 - c. Bicara keras dan kasar
 - d. Muka tampak kemerahan
 - e. Tampak pasien mengepal tangannya

4. Seorang perempuan umur 45 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan. Pasien sudah diajarkan teknis tarik nafas dalam dan sudah mampu melakukan secara mandiri. Apakah tindakan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Memberikan obat
 - b. Ajarkan pukul bantal
 - c. Mengajarkan spiritual
 - d. Mengajarkan kembali relaksasi
 - e. Ikutkan dalam terapi aktivitas kelompok

5. Seorang perempuan umur 25 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau mandi selama seminggu. Saat dilakukan pengkajian ditemukan badan bau dan kotor, rambut berantakan dan kumal, tidak mau mengganti pakaian, kuku tangan dan kuku kaki panjang dan hitam, tidak menggunakan alas kaki. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Halusinasi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Harga diri rendah
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri

6. Seorang perempuan umur 23 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri, pasien sudah diajarkan cara mandi yang benar. Setelah dievaluasi pasien tampak bersih, pakaian sudah diganti dan pasien mengatakan badannya segar dan wangi. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya?
 - a. Ajarkan mencuci pakaian sendiri
 - b. Ajarkan menyapu lantai
 - c. Ajarkan cara memasak
 - d. Ajarkan cara berhias
 - e. Ajarkan cara minum obat

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban saudara dengan kunci jawaban pre-post test yang terdapat dibagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Tingkat penguasaan

Arti tingkat penguasaan :

90 – 100 % = baik sekali

80 - 89 % = baik

70 - 79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila saudara mencapai tingkat penguasaan 80 % atau lebih bagus, saudara dapat meneruskan kegiatan praktikum pada modul berikut. Tetapi jika masih dibawa 80%, saudara harus mengulangi materi kegiatan prktikum ini terutama bagian yang belum dikuasai.

Uji praktek : Kasus fiktif 1

Seorang perempuan umur 37 tahun dirawat di RSJ sudah 2 minggu. Hasil pengkajian ditemukan pasien mengatakan kesal dengan kakaknya perempuan karena sering menghina. Bila menginginkan uang, pasien meminta ke ibunya. Bapak pasien masih ada dan seorang pengusaha. Pasien sering minum alkohol dan menggunakan narkoba. Pernah dirawat di RSJ selama 2 kali dengan kasus yang sama, tidak mau minum obat dengan rutin.

Petunjuk uji praktek

1. Lakukan pengkajian dan tambahkan data yang mendukung
2. Identifikasi masalah keperawatan dan buat pohon masalah
3. Buat rencana tindakan
4. Demonstrasikan dengan teman anda menggunakan SP yang anda buat
5. Dokumentasikan pada lembar kerja
6. Lakukan saling bergantian dan saling menilai sesuai dengan format penilaian yang tersedia.

Kasus fiktif 2

Di ruang perawatan RSJ terdapat 12 pasien, terdapat 10 pasien dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri dan 2 orang yang mengalami resiko perilaku kekerasan . Pasien defisit perawatan diri yang sudah dapat berkomunikasi dengan baik ada 9 orang.

Petunjuk uji praktek

1. Buatlah proposal Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)
2. Tentukan struktur organisasi TAKS
3. Demonstrasikan TAKS bersama teman anda

A. Rambu-rambu penilaian : Penilaian strategi pelaksanaan

ASKEP YANG DINILAI		NILAI				KET
		Ya	Tidak			Berilah nilai di masing-masing item dengan angka : 1 = ya 0 = tidak
Fase Orientasi						
1.	Mengucapkan salam					
2.	Memperkenalkan diri					
3.	Menjelaskan kontrak <ul style="list-style-type: none"> • Waktu • Tempat • Tujuan 					
Fase Kerja						
1.	Evaluasi dan validasi <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan hasil observasi 					
2.	Memberikan intervensi sesuai dengan kondisi pasien <ul style="list-style-type: none"> • Pasien • Keluarga 					
3.	Mendemonstrasikan keterampilan sesuai dengan intervensi yang di berikan					
Fase Terminasi						
1.	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Subyektif • Obyektif 					
2.	Rencana tindak lanjut <ul style="list-style-type: none"> • Pasien • Keluarga • Perawat 					
Total						

$$\text{NILAI A} = \frac{\text{Total Skor}}{8} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

B. Penilaian sikap terapeutik

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian		Ket
		Ya	Tidak	
1	Duduk berhadapan			Berilah nilai di masing-masing item dengan angka : 1 = ya 0 = tidak
2	Kontak mata			
3	Membungkuk kearah pasien			
4	Mempertahankan sikap terbuka <ul style="list-style-type: none"> Tidak menyilangkan kaki Tidak melipat tangan 			
5	Rileks			
6	Suara jelas			

$$\text{NILAI B} = \frac{\text{Total Skor}}{6} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

C. Penilaian Laporan

NO	Aspek Yang Dinilai	Penilaian				Ket
		1	2	3	4	
1	Seluruh data dan informasi pasien di laporkan					Berilah nilai di masing-masing item dengan angka 1 = kurang 2 = cukup 3 = baik 4 = sangat baik
2	Diagnosa keperawatan sesuai dengan kasus pasien					
3	Perencanaan psien sesuai dengan diagnosa keperawatan					
4	Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dilaporkan					
5	Catatan keperawatan pasien ditandatangani					

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Total Skor}}{5} \times 100$$

$$= \dots\dots\dots$$

Lembar observasi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial :

Evaluasi

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji

Tempat :

- a. Berikan tanda √ pada kelompok K (kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda √ pada kolom BK (belum kompeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya
- b. Tanyakan pada penguji bila ada hal-hal yang belum dimengerti

Nama Mahasiswa:.....			TANGGAL :.....		
Nama Penguji :					
1			2		
NOMOR :					
JUDUL UNIT : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Dengan Masalah Psikososial:.....					
.....					
NO	Sub kompetensi	Kriteria pencapaian kompetensi	Skala		Ket
			Y/K	T/BK	
1	Melakukan pengkajian	1. Mengobservasi perilaku pasien 2. Menerapkan asuhan keperawatan legal, nilai dan moral, norma dan budaya dalam pengkajian diterapkan 3. Teknik komunikasi terapeutik diterapkan pada pasien 4. Ditunjukkan prosedur pengkajian 5. Masalah pasien diidentifikasi			
2	Merumuskan diagnosa keperawatan	Diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial			
3	Membuat rencana keperawatan	1. Tujuan tindakan keperawatan pasien dirumuskan 2. Indikator hasil asuhan keperawatan dirumuskan 3. Rencana tindakan keperawatan pasien disusun			

		4. Rencana tindakan keperawatan diprioritaskan			
4	Melaksanakan tindakan kolaboratif	1. Indikasi tindakan kolaboratif (terapi psikofarmaka) pasien ansietas diidentifikasi 2. Tindakan kolaboratif terapi psikofarmaka pasien ditunjukkan 3. Evaluasi dan tindak lanjut dilakukan			
5	Melaksanakan evaluasi keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Indikator keberhasilan tujuan keperawatan diidentifikasi 2. Evaluasi sesuai kriteria tujuan dilakukan 3. Kesimpulan hasil perawatan di buat 4. Tindak lanjut asuhan keperawatan dirumuskan			
6	Melaksanakan dokumen asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial	1. Seluruh data dan informasi pasien didokumentasikan 2. Diagnosa keperawatan didokumentasikan 3. Perencanaan pasien terdokumentasi 4. Respon pasien dan hasil evaluasi tindakan dicatat 5. Catatan keperawatan ditandatangani			
	Rekomendasi				
	Catatan	Pembimbing I			
	Catatan	Pembimbing II			
	Tanda tangan mahasiswa				

Penilaian praktikum

Nama mahasiswa :

Tanggal :

Nama penguji

Tempat :

Berikan tanda √ pada kelompok K(kelompok) bila anda sudah merasa mampu melakukannya pada aspek yang tertulis pada kriteria pencapaian kompetensi dan sebaliknya berikan tanda √ pada kolom BK (belum kompeten) apabila anda merasa belum mampu melakukannya

SUB KOPETENSI	KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI	PENILAIAN		VALIDASI PENGUJI
		K	BK	
Malakukan pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial 2. Mengidentifikasi perilaku abnormal pasien 3. Menerapkan prinsip legal dan nilai, moral, etika dan norma budaya pengkajian masalah psikososial 4. Memperhatikan teknik komunikasi terapeutik asuhan keperawatan masalah psikososial 5. Menunjukkan prosedur pengkajian masalah psikososial 6. Memperhatikan aspek/komponen penting pengkajian masalah psikososial 7. Mengidentifikasi masalah psikososial 			
Merumuskan diagnosa keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan masalah psikososial 2. Menunjukan struktur diagnosa keperawatan 3. Menuliskan struktur diagnosa yang rasional 			
Membuat perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merumuskan tujuan asuhan keperawatan 2. Rumuskan indikator hasil asuhan keperawatan 3. Menyusun rencana tindakan keperawatan 4. Memilih dan memprioritaskan rencana tindakan keperawatan 			
Melaksanakan evaluasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi aspek yang dinilai pada evaluasi pasien 			

	2. Mengidentifikasi indikator keberhasilan sesuai tujuan keperawatan 3. Menunjukkan pengumpulan data hasil tindakan sesuai kriteria tindakan 4. Membuat hasil kesimpulan 5. Merumuskan tindakan lanjut asuhan keperawatan			
Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan	1. Menuliskan seluruh data dan informasi tentang pasien dan tindakan yang diberikan dalam dokumentasi pasien 2. Menuliskan diagnosa keperawatan dalam dokumentasi keperawatan 3. Menulis rencana pasien dalam dokumentasi pasien 4. Mencatat respon pasien dan hasil evaluasi setelah tindakan 5. Menandatangani catatan keperawatan dan catatan perkembangan			
Rekomendasi dapat/tidak dapat dilanjutkan pada tahap berikutnya	Penguji I Penguji II			
Saran perbaikan	Nama mahasiswa Tanda tangan Mahasiswa			

Mahasiswa dinyatakan kompeten bila seluruh komponen ini dinyatakan kompeten oleh pembimbing/tutor/dosen. Bila ada salah satu komponen yang belum kompeten, maka mahasiswa melakukan praktikum kembali.

Kunci jawaban

Pre-post test

1. D
2. A
3. B
4. A
5. E
6. D

DAFTAR PUSTAKA

Herdman, T.H. (2012). *NSAUDARA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford : Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011)). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN – Basic Couse)*. Jakarta : EGC

Stuart,G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th edition*. Missouri Mosby